TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur H.-A. ALBERTIN

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon





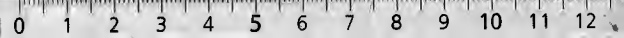
LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1898



I. — CONCOURS ET NOMINATIONS

TITRES UNIVERSITAIRES

Chargé des fonctions d'aide d'anatomie à la Faculté de Médecine de Lyon (1884-1886).

Aide d'anatomie à la Faculté (Concours 1886).

Prosecteur à la Faculté (Concours 1887).

Lauréat de la Faculté (1er prix de thèses 1888).

Préparateur du Cours de Médecine opératoire (1890-1895).

Chargé, pendant douze ans, de l'enseignement de l'anatomie et de la médecine opératoire comme préparateur, aide d'anatomie et prosecteur à la Faculté (1884-1897).

TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hôpitaux (Concours 1881).

Interne des Hôpitaux (Concours 1883).

Médecin adjoint du Bureau de bienfaisance (Concours 1887).

Médecin titulaire du Bureau de bienfaisance (Concours 1889).

Membre de la Société médico-chirurgicale des Hôpitaux de Lyon.

Secrétaire de la Société de Chirurgie de Lyon.

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon (Concours 1897).

TABLE ANALYTIQUE

1. — **Un cas de fracture indirecte de la bosse orbitaire gauche par éclatement** (Société des Sciences Médicales de Lyon et *Province Médicale*, octobre 1894).

2. — **De l'intervention dans les fractures du crâne** (Communication à la Société de Chirurgie de Lyon. Séance du 3 février 1898 et *Province Médicale* du 26 février et 5 mars 1898).

3. — **Fracture du crâne sans signes extérieurs. Epanchement sanguin par déchirure de l'artère méningée moyenne** (Communication à la Société de Chirurgie du 17 février 1898 et *Province Médicalè* du 9 avril 1898).

4. — **Epilepsie jacksonienne et trépanation** (2 observations personnelles) (Société de Chirurgie, 3 février 1898 et Société de Médecine de Lyon, séance du 4 avril 1898).

5. — **Bosse des scieurs de long. Exostose sincipitale professionnelle.** *Lyon Médical*, 1886, t. LI.

6. — **Note sur un cas de calcification de toute une pléïade ganglionnaire cervico-faciale** (*Lyon Medical*, 1886, page 18, t. LII).

7. — **Des adénites géniennes** (*Archives Provinciales de Chirurgie*, avril 1895).

8. — **Syphilis gommeuse des lèvres et de la joue droite. Epithélioma secondaire** (Société des Sciences Médicales, 2 mars 1898).

9. — **Du noma et de son traitement chirurgical** (En collaboration avec M. Pont, interne des hôpitaux) (*Province Médicale*, 3 avril 1897, observation *in* Thèse Deyrolle, Lyon, 1897).

10. — **Note sur un cas d'adénôme de la glande sous-maxillaire gauche** (*Lyon Médical*, t. LI. page 493, 1886).

11. — **De la tuberculose linguale** (Revue générale. *Province Médicale*, 2 juin 1888).

12. — **Note sur cas d'adhérence cicatricielle des piliers postérieurs du voile du palais au pharynx à la suite d'une angine variolique. Traitement : Libération des piliers. Prothèse temporaire. Guérison** (*Province Médicale*, 26 août 1893).

13. — **Un cas de symphyse staphylo-pharyngienne traitée par la libération des piliers et la prothèse temporaire** (Société des Sciences Médicales de Lyon).

14. — **Observations et conclusions** (*in* thèse ROUSSET). **De la symphyse staphylo-pharyngienne et de son traitement** (Lyon, 1897).

15. — **Cancer de la lèvre récidivé et propagé au maxillaire. Résection de la région maxillo-mentonnière** (peau et maxillaire). **Autoplastie cutanée et prothèse maxillaire. Résultats treize mois après. Guérison** (Société des Sciences Médicales du 16 janvier 1895 et *Province Médicale* du 20 janvier 1895).

16. — **Cancer récidivé de la lèvre avec propagation au maxillaire. Résection de la région maxillo-mentonnière. Autoplastie et prothèse. Résultats 4 ans après l'intervention. Guérison sans récidive** (Communication à la Société de Chirurgie de Lyon, séance du 6 janvier 1898).

17. — **Observations de cancers de la face propagés aux os. Indications opératoires** (*in* Thèse de TRASSAGNAC : Des épithéliomas de la face propagés au squelette, et de leur traitement (Lyon, 1895).

18. — **Du pseudo lipôme de la région sus-claviculaire** (*Province Médicale*, 21 juillet 1888).

19. — **Du cancer du corps thyroïde** (*Province Médicale*, 21 janvier 1885).

20. — **Un cas d'exothyropexie** (Opération de Jaboulay); *Archives provinciales de Chirurgie*, 1er janvier 1895).

21. — **De l'ostéomyélite typhoïdique des parois thoraciques** (*Province Médicale*, 6 avril 1895).

22. — **Du cancer du sein chez l'homme** (En collaboration avec M. PROTHON, interne des Hôpitaux de Lyon). (*Province Médicale* du 9 avril 1898).

23. — **Contribution à l'étude de la hernie étranglée** (29 observations personnelles) (*Province Médicale*, 27 mai 1895).

24. — **Hernie obturatrice étranglée. Intervention par double voie crurale et abdominale. Guérison** (*Province Médicale*, 12 mars 1898).

25. — **De la thérapeutique chirurgicale de la gangrène herniaire** (Communication à la Société de Chirurgie de Lyon. Séance du 7 avril 1898).

26. — **Extraction d'un tuyau de pipe de la vessie par la taille hypogastrique.** Communication à la Société des Sciences Médicales du 2 novembre 1892. *Province Médicale* du 5 novembre 1892.

27. — **De la taille sus-pubienne appliquée au traitement des calculs vésicaux chez l'enfant** (Communication à la Société de Chirurgie de Lyon, séance du 4 novembre 1897).

28. — **Observations de calculs vésicaux chez l'enfant, traités par la taille sus-pubienne. Dessins inédits.** *In* thèse Piot. De la taille sus-pubienne appliquée au traitement des calculs vésicaux chez l'enfant (sous presse),

29. — **Anurie calculeuse et rein unique** (*Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, n° d'avril 1898).

30. — **Note sur un cas d'orchite tuberculeuse bilatérale traitée par la castration ; suites immédiates et éloignées** (*Province Médicale*, 12 octobre 1889).

31. — **Deux cas d'orchite tuberculeuse double traitée par la castration bilatérale. Résultats éloignés. Guérison** (*Province Medicale*, 5 novembre 1892).

32. — **Des injections intra-utérines au point de vue obstétrical sous la méthode antiseptique** (Thèse de Lyon, 5 août 1887).

33. — **De l'emploi des injections intra-utérines chaudes contre les hémorrhagies post-partum** (*Archives de Tocologie*, novembre 1887).

34. — **Des injections intra-utérines au point de vue obstétrical sous la méthode antiseptique** (Revue générale) (*Province Médicale*, 22 octobre 1887).

35. — **Des différentes méthodes opératoires appliquées à la cure radicale du cancer de l'utérus. Revue statistique** (*Province Médicale*, 17 novembre 1888).

36. — **Des corps étrangers de l'utérus** (*Province Médicale*, 9 mars 1895, et Mémoire chez Valtener. Lyon, avril 1895).

37. — **Note sur un cas d'absence du vagin et de l'utérus. Création d'un vagin artificiel** (*Province Médicale*, 8 avril 1893).

38. — **Un cas de malformation congénitale utéro-vaginale avec indépendance complète du vagin et de l'utérus. Traitement. Résultats** (En collaboration avec le docteur Durand, agrégé d'anatomie à la Faculté de Lyon) (A paraître in *Province Médicale*, imprimé chez Valtener, Lyon).

39. — **Des greffes osseuses. Des réimplantations osseuses, périostiques et médullaires** (*Province Médicale*, 17 mars 1888).

40. — **Notes sur un cas d'ostéomalacie généralisée avec tumeurs kystiques multiples** (*Province Médicale*, 15 novembre 1890).

41. — **Note sur un cas d'ostéomyélite juxta-épiphysaire infectieuse aiguë à début brusque, à forme septico-pyohémique et à évolution rapide compliquée de parotidite double** (*Province Médicale*, 4 août 1894).

42. — **Exostoses multiples disséminées. Ablation d'une exostose épiphysaire supérieure du fémur.** (Communication et présentation du malade à la Société des Sciences Médicales de Lyon, séance du 2 décembre 1893).

43. — **Syphilôme para-articulaire de l'extrémité supérieure de l'humérus droit. Traitement par l'évidement osseux avec arthrotomie de nécessité. Guérison rapide et définitive. Résultats éloignés** (*Province Médicale*, 20 octobre 1894).

44. — **Du décollement juxta-épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus** (Communication et présentation du malade à la Société de Médecine de Lyon, séance du 1er février 1897).

45. — **Du décollement juxta-épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus** (Observations et dessins inédits) (En collaboration avec M. Molin, interne des Hôpitaux de Lyon (A paraître *Province Médicale*, tirage à part paru chez Waltener, Lyon).

46. — **Un cas de pseudarthrose de l'humérus traitée par l'avivement et la prothèse métallique** (Communication et présentation du malade à la Société de Médecine de Lyon, séance du 4 avril 1898).

47. — **Note sur un cas de luxation traumatique de l'os semi-lunaire sur la face palmaire du poignet gauche** (*Province Médicale*, 2 juillet 1897).

48. — **Une deuxième observation de luxation de l'os semi-lunaire à travers une plaie de la région antérieure du poignet** (Extrait du compte rendu de la Société des Sciences Médicales (*Province Médicale* du 14 novembre 1894).

49. — **Note sur un cas d'arrachement de l'index gauche et des tendons fléchisseurs du doigt** (*Lyon Médical*, t. II. p. 57, 1886). 1894),

50. — **Note sur le mal des confiseurs** (**onyxis et périonyxis professionnels**) (*Gazette hebdomadaire*, 15 mars 1889).

51. — **Observations personnelles d'onyxis des confiseurs**, *in* Thèse Chaussende, Lyon, 1889, inspirée par M. le professeur Poncet.

52. — **Note sur un cas d'arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure par la contraction musculaire du couturier** (*Province Médicale*, 19 novembre 1887).

53. — **Note sur un cas d'ostéôme de l'extrémité inférieure du muscle grand adducteur** (*Province Médicale*, 23 août 1890).

54. — **De la thérapeutique chirurgicale des déviations rachitiques du membre inférieur chez l'enfant par l'ostéotomie et l'ostéoclasie combinées** (Communication au Congrès de Chirurgie de Paris, Séance du 23 octobre 1897. *Bulletin du Congrès*, page 730).

55. — **De la synovectomie et de l'arthrectomie dans les arthrites infectieuses aiguës du genou consécutives aux plaies pénétrantes de cette articulation** (*Province Médicale* du 25 avril, 2 mai 1896).

56. — **Observations personnelles d'arthrites infectieuses du genou traitées par la synovectomie et l'arthrectomie** (*In* Thèse Tallet, Lyon, 1896).

57. — **Traitement de la tuberculose du genou par les méthodes sanglantes combinées** (Communication au Congrès de Chirurgie de Lyon 1894).

58. — **Un cas d'arthrectomie du genou chez un adolescent** (Société des Sciences Médicales, séance du 9 janvier 1895, *Province Médicale*, 12 janvier 1895).

59. — **Du traitement de la tuberculose du genou par les méthodes sanglantes et plus particulièrement par l'arthrectomie** (40 observations personelles).

60. — **Nouvelle série d'interventions sanglantes pour tuberculose du genou** (29 observations personnelles inédites).

PUBLICATIONS

TÊTE ET COU

1. — **Un cas de fracture indirecte de la bosse orbitaire gauche par éclatement** (*Société des Sciences Médicales de Lyon* et *Province Médicale*, octobre 1894).

En pratiquant l'autopsie d'un suicidé par balle de revolver dans le crâne, mort dans le service de M. le professeur Maurice Pollosson, nous avons trouvé une fracture indirecte de la bosse orbitaire de l'étage antérieur de la base du crâne du côté gauche.

La balle de revolver avait pénétré dans la région temporale droite, traversé les deux hémisphères, pour venir s'aplatir à la partie antéro-externe de la fosse sphénoïdale où elle avait produit une fracture par cause directe.

En faisant cette autopsie, nous voulions rechercher s'il n'existait pas de fracture indirecte de la boîte cranienne, nous souvenant d'une observation de fracture de la base par contre-coup qui a servi de point de départ à la thèse inaugurale de M. Malafosse, thèse de Lyon 1891.

Nous avons, dans notre cas, le cerveau étant enlevé, trouvé sur la bosse orbitaire gauche, à deux centimètres en dehors de l'apophyse crista-galli, une dépression de la dure-mère avec ecchymose légère. A ce niveau il existait un enfoncement d'un fragment osseux de forme irrégulièrement losangique, complètement détaché de l'os et adhérent à la dure-mère. Il n'existait pas de fêlure voisine pouvant faire croire à une fracture par propagation. Nous avons, en face de ce cas, interprété la production de la fracture par la théorie hydrostatique (excès brusque de pression au moment de la pénétration du projectile), établie par les expériences de Kocher.

2. — **De l'intervention dans les fractures du crâne** (Communication à la Société de Chirurgie de Lyon. Séance du 3 février 1898 et *Province Médicale* du 16 février 1898).

3. — **Fracture du crâne sans signes extérieurs. Epanchement sanguin par déchirure de l'artère méningée moyenne** (Communication et présentation des pièces anatomiques à la Société de Chirurgie. Séance du 17 février 1898).

Ayant eu à intervenir dans un certain nombre de cas de fracture du crâne, soit de la voûte seule, soit de la voûte avec propagation à la base, je fus frappé de ce fait que, bien souvent, ces fractures existent sans qu'aucun signe extérieur ne révèle leur existence

Croyant avoir à faire, soit à de la commotion cérébrale, soit à une fracture inaccessible de la base, le chirurgien tend plutôt à s'abstenir, à moins qu'il n'y ait des signes manifestes de compression cérébrale localisée. Il y a tout intérêt à reconnaître même une simple fêlure de la voûte. Ce premier point de repère établi pourra servir de point de départ à l'intervention, pourra permettre de la localiser à tel ou tel côté. Aussi, m'appuyant sur les résultats obtenus dans mes observations où sans symptômes cérébraux bien localisés, sans signes extérieurs de fracture, il existait cependant des lésions osseuses que je pus découvrir, je propose de recourir, comme dernier mode d'investigation, à *l'incision exploratrice des parties molles du crâne*. Cette pratique m'a permis de découvrir des fractures que je soupçonnais sans que rien ne pût me permettre d'être plus affirmatif soit sur leur existence, soit sur leur siège.

Dans les trois premières observations que j'ai annexées à ma communication, aucun signe extérieur ne pouvait permettre de faire le diagnostic de fracture de la voûte du crâne.

Dans le premier cas, voyant persister le coma et tenant compte d'une légère ecchymose de la région sus-auriculaire, j'incisai le cuir chevelu crucialement et mis à découvert un foyer de fracture composé de 4 fragments.

Dans le second cas, le malade était entré à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic de traumatisme du crâne et commotion cérébrale. L'alternative de l'excitation et de la torpeur, un peu de dilatation de la pupille droite, une légère parésie du membre supérieur gauche, l'élévation de la température, la présence d'érosions et de contusions de la région correspondant aux bosses pariétales nous amenèrent à soupçonner une fracture de la voûte.

Une incision sur la bosse pariétale droite nous conduisit sur le

périoste ecchymotique et nous permit de découvrir une fissure du pariétal dans la région des centres des membres.

Enfin, dans une troisième observation, le malade amené à l'Hôtel-Dieu, six jours après le traumatisme du crâne, ne présentait aucun signe extérieur de fracture. Seule une érosion cicatrisée de la région temporo-occipitale gauche pouvait servir de moyen de détermination du point où le trauma avait porté. A partir de son entrée dans le service, le malade présentant des alternatives de coma, d'excitation et de crises convulsives, je décidai l'incision exploratrice du cuir chevelu dans la région traumatisée pour éclairer le diagnostic.

Une incision antéro-postérieure, partant de la région occipale gauche et montant obliquement sur la bosse pariétale du même côté, m'amena à découvrir une fêlure du crâne partant de l'occipital, parcourant le pariétal et se perdant en avant dans la direction du rebord orbitaire gauche.

Ainsi, voilà trois observations où l'*incision exploratrice du cuir chevelu* nous a permis de découvrir des lésions de la boîte cranienne sur l'existence desquelles nous n'aurions pu émettre aucune affirmation. Ces faits nons permettent de conclure à l'*utilité de cette pratique comme moyen de recherche des lésions osseuses traumatiques du crâne, alors que les moyens habituels sont insuffisants pour les déceler.*

L'examen de mes observations m'a permis d'exposer des considérations pratiques sur le traitement à instituer en présence des fractures, soit fissuraires, soit accompagnées de mobilisation des fragments larges et multiples. En présentant un de mes opérés que le traumatisme, en même temps que mon intervention, avait privé de la majeure partie de la portion moyenne du frontal, je signalais la possibilité de laisser en place des fragments à peine rattachés aux parties voisines et l'utilité de cette pratique. Dans mon cas, j'avais pu conserver un fragment de quatre centimètres carrés et limiter d'autant la perte de substance,

Je rappelais que les malades que j'avais observés, porteurs de larges pertes de substance osseuse du crâne, présentaient des vertiges par déplacement du vertex, des troubles de circulation de l'encéphale, les mettant dans l'impossibilité de travailler utilement. Il y a donc le plus grand intérêt à ne pas faire de sacrifices inutiles, par l'ablation inopportune de fragments, lorsqu'ils n'exercent pas de compression et paraissent devoir vivre.

Une de mes dernières observations a trait à une épilepsie jacksonienne, liée à une fracture ancienne du crâne, ayant laissé une cicatrice cutanéo-osseuse, déprimée au niveau de la région rolandique.

L'ablation de cette cicatrice m'a permis de guérir mon malade que j'observe depuis seize mois.

Enfin, j'ai, dans une séance ultérieure, présenté à la Société de Chirurgie de Lyon les pièces provenant d'un malade mort au moment où j'allais l'opérer. Le malade avait tous les symptômes d'un épanchement sanguin intra-cranien, sans signes extérieurs de fracture du crâne. Je trouvais, à la nécropsie, une fracture en U de la portion écailleuse du temporal avec déchirure des deux branches de l'artère méningée moyenne,

En préconisant l'intervention en face des fractures du crâne, je suis arrivé aux mêmes conclusions que formulait M. le professeur Jeannel, dans une leçon chirurgicale, publiée précisément à la même époque, dans la *Gazette Médicale de Toulouse*.

Je résume en quelques lignes les considérations que j'ai cru pouvoir tirer de ces faits.

1° En présence d'un traumatisme du crâne il y a lieu, en l'absence de tout signe extérieur de fracture du crâne de rechercher avec insistance s'il n'existe pas de solution de continuité de la portion accessible de la boîte cranienne et, pour cela, l'*incision exploratrice du cuir chevelu* me paraît devoir rendre les plus grands services.

2° L'intervention par le trépan me paraît indiquée sur le trait de fracture, pour peu qu'il existe des symptômes cérébraux, si légers soient-ils. Partant de la fracture, la trépanation pourra être conduite du côté des centres de localisation, si les phénomènes cérébraux observés l'indiquent.

3° En présence des fractures comminutives il faudra, en pratiquant l'ablation des esquilles, être économe et laisser en place les fragments capables de vivre pour limiter autant que possible la perte de substance.

3° L'épilepsie jacksonienne, liée à un traumatisme localisé de la boîte cranienne, est justiciable de la trépanation, fait admis par tous les chirurgiens et que ne fait que confirmer notre dernière observation.

4. — **Epilepsie jacksonienne et trépanation** (2 Observations personnelles) (Société de Chirurgie de Lyon, 3 février 1898 et Société de Médecine, séance du 4 avril 1898).

Rappelant une première observation de malade atteint d'épilepsie jacksonienne que j'avais trépané et guéri, je présentais un autre malade atteint de la même affection, liée à la présence d'une cica-

trice osseuse déprimée de la bosse pariétale gauche, avec hyperostose diffuse de cette moitié de la boîte cranienne.

J'ai opéré ce malade depuis sa présentation ; il est actuellement en observation.

5. — **Bosse des scieurs de long. Exostose sincipitale professionnelle** (*Lyon Médical*, 1886, T. LI).

Cette périostose professionnelle a été signalée, pour la première fois par M. Poncet, en 1880, à l'Académie de Médecine, et la même année au Congrès de Reims.

Nous avons pratiqué la première autopsie d'une pareille lésion et nous avons présenté à la séance de la Société des Sciences Médicales de décembre 1885 une calotte cranienne sur laquelle existait l'hyperostose professionnelle décrite par M. Poncet sous le nom de bosse des scieurs de long.

6. — **Note sur un cas de calcification de toute une pléiade ganglionnaire cervico-faciale** (*Lyon Medical*, 1886, page 18, T. LII).

M. le professeur Poncet, dont nous étions l'interne, attira notre attention sur ce malade qui présentait une pléiade de 20 à 30 ganglions ayant subi l'imprégnation calcaire et occupant les régions parotidienne et sous-maxillaire droite. Ces ganglions, enlevés par M. Poncet, présentent une forme sphérique, un volume variable d'un noyau de cerise à une grosse noix et une consistance allant de la dureté de la pierre à la mollesse du mastic. Cette adénite était de nature tuberculeuse avec imprégnation calcaire secondaire.

7. — **Des adénites géniennes** (*Archives provinciales de Chirurgie*, avril 1895).

Etant interne de M. Poncet, nous avons pris, en 1884, la première observation d'*adénite génienne*, dont le diagnostic nous fut dicté par notre chef de service.

Depuis cette époque, M. Poncet a recueilli des faits qui ont inspiré la thèse de son élève Vigier.

Nous-même en avons recueilli un certain nombre que nous avons exposés dans ce travail. Nous y avons joint des photographies absolument démonstratives, au nombre de sept.

Il existe, dans l'épaisseur de la joue, des ganglions qu'on peut, suivant leur siège, classer en massétérins commissuraux et sous-orbitaires. Nous avons observé un assez grand nombre d'adénites de

nature différente, soit tuberculeuses, soit septico-inflammatoires (adéno-plegmon génien), soit encore néoplasique, secondairement.

Nous avons observé plusieurs cas d'adéno-phlegmons géniens et M. Poncet nous a donné une photographie qui donne mieux qu'une description l'aspect du malade atteint de semblable affection. Nous pouvons y joindre deux observations dues à M. Vauthey, interne à l'Antiquaille de Lyon, et signalant : 1° une adénite génienne commissurale bilatérale secondaire à un chancre syphilitique de la région médiane de la lèvre supérieure. 2° une adénite génienne commissurale gauche chez un vieillard atteint de chancre syphilitique au voisinage de la commissure.

8. — **Syphilis gommeuse des lèvres et de la joue droite. Epithélioma secondaire** (Société des Sciences Médicales, séance du 3 mars 1898).

Le malade que je présentais à la Société offrait des lésions des lèvres et de la joue droite, rappelant d'une façon typique la labialite tertiaire des syphiligraphes, bien étudiée par Tuffier dans son article de la *Revue de Chirurgie*. Plusieurs de ces tumeurs gommeuses avaient regressé après s'être ouvertes et des cicatrices témoignaient de leur guérison. Je crus pouvoir faire le diagnostic de syphilis gommeuse, tout en envisageant la possibilité d'une épithélioma secondaire que j'éliminais cependant. L'examen microscopique du contenu dégénéré des tumeurs et de certaines parties de leurs parois nous a démontré depuis qu'à côté des lésions de sclérose, il existait de la dégénérescence épithéliale. Aussi, ai-je modifié le diagnostic en épithélioma secondaire, greffé sur des lésions syphilitiques tertiaires des lèvres et de la joue. J'ai pratiqué l'ablation des parties malades, et je me propose de compléter cette observation avec la collaboration de M. Gondrand, interne du service.

9. — **Du noma et de son traitement chirurgical** (En collaboration avec M. Pont, interne des Hôpitaux (*Province Médicale* du 3 avril 1897 (Observation *in* Thèse de Deyrolle, Lyon, 1898).

Chargé du service de chirurgie des enfants à la Charité, j'eus à opérer une petite fille de onze ans qui me fut présentée par le docteur Weill, médecin des hôpitaux. Cette malade était atteinte, depuis la veille, d'un noma de la joue dans le cours d'une fièvre typhoïde. La lésion, surprise au début, me parut justiciable d'une intervention

radicale. Je fis, au bistouri, l'ablation d'une grande partie de la joue, j'excisai la muqueuse buccale au voisinage du rebord alvéolaire que je réséquai en partie dans la région des molaires. Une cautérisation énergique au thermo-cautère assura la stérilisation de la plaie. La malade guérit et, fait intéressant, presque sans déformation. Le noma est une affection terrible qui pardonne rarement et ce cas de guérison est assez rare pour mériter d'être signalé.

L'intervention opératoire sera d'autant plus efficace que l'on surprendra le mal au début, d'où l'urgence de l'indication. Elle se résume en cette proposition : enlever tout le mal en se plaçant dans une zône périphérique paraissant absolument saine.

10. — **Note sur un cas d'adénôme de la glande sous-maxillaire gauche** (*Lyon Médical*, T. L. I, page 493, 1886).

Cette note a trait à un malade opéré par M. Poncet pour une tumeur de la glande sous-maxillaire. Le diagnostic clinique était : tumeur bénigne, à cause de l'évolution lente pendant sept ans et de l'absence d'ahérences périphériques. L'examen histologique, pratiqué par M. Bard, démontra que le néoplasme était un adénôme de la glande sous-maxillaire. Cette variété de tumeur est assez rare.

11. — **De la tuberculose linguale** (Revue générale. *Province Médicale*, 2 juin 1888).

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de M. Poncet dont nous étions l'interne, un tuberculôme intra-lingual du bord latéral droit de la langue, nous avons trouvé un certain intérêt à faire une revue générale sur la tuberculose linguale en y ajoutant cette observation.

On peut se trouver en présence de deux formes de tuberculose linguale :

1° Ulcération tuberculeuse de la langue débutant par la muqueuse et y restant plus ou moins localisée.

2° Tuberculose profonde de la langue que MM. Barth et Berger ont appelée tuberculose parenchymateuse.

Dans l'observation de MM. Barth et Berger il existait plusieurs nodosités linguales intra-parenchymateuses isolées ; dans le cas de M. Poncet il n'existait qu'un seul tuberculôme intra-lingual du volume d'une grosse noix mais bosselé, présentant trois nodosités principales, voisines et adhérentes. L'ouverture de ces tumeurs et leur curettage permit d'enlever de petites masses de fongosités infiltrées

de pus, vasculaires et adhérentes à de véritables coques formant les parois de ces tumeurs.

Il existait une adénite cervicale strumeuse en collier de la région sous-maxillaire.

Ces formes de tuberculose parenchymateuse de la langue constituant de véritables abcès froids de cet organe, sont assez rares pour justifier l'étude que nous en avons faite à propos de ce malade.

2. — Note sur un cas d'adhérence cicatricielle des piliers postérieurs du voile du palais au pharynx à la suite d'une angine variolique Traitement : Libération des piliers, Prothèse temporaire. — Guérison (*Province Médicale*, 26 août 1893).

Chez un malade atteint d'atrésie de l'isthme pharyngo-nasal par adhérence du voile du palais au pharynx, à la suite d'une angine variolique, nous avons pratiqué une intervention en deux temps opératoires :

1° Libération des adhérences et mobilisation des piliers et du voile.

2° Application d'un appareil prothétique en caoutchouc vulcanisé, doublant la face postérieure des piliers libérés et du voile, de façon à empêcher de nouvelles adhérences.

Au bout de 25 jours la cicatrisation étant complète, l'appareil prothétique fut enlevé. L'isthme pharyngo-bucco-nasal était redevenu normal et ce résultat s'est maintenu. La gêne fonctionnelle extrême se traduisant,avant l'opération, par de la dyspnée et de la dysphagie a complètement disparu.

13. — Un deuxième cas de symphyse staphylo-pharyngienne traitée par la libération des piliers et la prothèse temporaire.

14. — Observations inédites et conclusions (*In* Thèse Rousset ; *De la symphyse staphylo-pharyngienne et de son traitement*, Lyon 1897).

J'ai opéré trois malades atteints de symphyse du voile du palais par ce même procédé de libération large du voile et la mise en place d'un appareil prothétique destiné à s'opposer aux adhérences et à la rétraction secondaire. Dans les trois cas j'ai eu de très bons résultats.

J'emprunte à la thèse de M. Rousset, thèse que j'ai inspirée, la description du manuel opératoire tel que je l'ai institué.

Les fosses nasales et leurs arrière-cavités ayant été rigoureusement

irriguées à l'eau boriquée, au moyen de l'appareil de Weber, pou les débarasser des mucosités et des croûtes qui les encombrent, on anesthésie très soigneusement l'arrière-gorge avec une solution de cocaïne au 1/10. Ceci fait on procède aux trois temps de l'opération

1° Fixer le voile du palais et tendre ses piliers;

2° Libérer ces parties en les séparant de la paroi pharyngienne;

3° Mettre en place l'appareil de M. Martin pour maintenir la libération et empêcher la formation de nouvelles adhérences.

1er *Temps.* — Pour fixer le voile et tendre ses piliers plusieur moyens ont été essayés : préhension avec la pince à griffe et traction en haut de la main gauche, pendant que la droite tient le bistouri; fixation avec de longues pinces coudées à demeure, etc. De tous les moyens, celui qui paraît le plus pratique est le suivant : on fait passer à travers le voile, à un centimètre ou un demi, de chaque côté de la luette, un fil métallique assez fort. Le chef qui émerge de la partie antérieure du voile est passé à travers l'orifice central d'une plaque de plomb de un centimètre environ de diamètre. Cette plaque est, elle-même retenue par un plomb que l'on fixe en l'écrasant à l'extrémité du fil.

Cette disposition rappelle le mode de fixation des crampons de Billroth, pour les sutures profondes de la paroi abdominale. Le chef du fil qui émerge sur la face postérieure du voile est, par une sonde de Belloc, conduit à travers la fosse nasale correspondante et ramené d'arrière en avant jusqu'au dehors par l'orifice nasal antérieur. C'est sur ce chef qu'on pratique la traction. Le fil tire sur la plaque dont la surface, suffisamment large, s'applique sur la face antérieure du voile. On évite ainsi la section du voile, qui se produirait infailliblement si on tirait sur un fil passé en anse. On utilise la même disposition pour le côté opposé.

Si nous décrivons minutieusement ce procédé de traction, c'est qu'il est impossible de libérer les piliers adhérents s'il ne sont pas tendus. Le pharynx et le voile du palais jouissent d'une mobilité indépendante et, en l'absence de fixation, le bistouri est aussi inutilisable qu'un sabre pour trancher un rideau flottant. La traction pratiquée sur les fils, par ce procédé, assure la fixation du voile et la tension des piliers.

2e *temps.* — Pour opérer la section des adhérences, pour cliver, en quelque sorte, en deux plans la nappe cicatricielle unique, formée par l'adhérence de la face postérieure des piliers du pharynx, l'instrumentation peut être la même que pour l'opération de la fistule vésico-vaginale : couteau de Sims, pinces coudées à fixation, ciseaux

courbes. M. Albertin a fait construire pour cet usage un bistouri coudé à l'angle droit, sur la tige qui sert de manche. Cette lame du bistouri a 2 cent. 1/2 de longueur, 4 à 5 millimètres de largeur. Elle est arrondie, boutonnée et mousse du côté de son extrémité libre. Outre cette coudure à angle droit, la tige est inclinée, oblique de bas en haut et d'arrière en avant, de façon à ce que la main qui tient le manche de l'instrument soit plus élevée que le point d'application du tranchant. L'œil du chirurgien peut, de la sorte, suivre l'évolution de la lame par dessous la main qui tient le manche de l'instrument. On tire sur les fils tracteurs, puis on fait pénétrer la lame verticalement, en arrière de la luette, par l'orifice qui persiste et enfin décrire à la lame un quart de cercle qui amène le tranchant dans l'angle dièdre résultant de la fusion des piliers et du pharynx. Il ne reste plus qu'à faire descendre la lame par un mouvement transversal de va et vient pour cliver en deux la lame de tissu cicatriciel et rendre libre le pilier postérieur. Il faut s'y reprendre à plusieurs fois pour faire cette libération qui est très laborieuse à cause de la dureté des tissus et de la mobilité relative des organes de la région.

En outre, le malade ne peut éviter de faire quelques mouvements de déglutition ; on provoque souvent des vomissements et une gêne respiratoire considérable. Il faut fréquemment laisser reposer le malade et ne pas négliger de maintenir l'anesthésie locale par la cocaïne.

La forme de la lame du bistouri, sa longueur transversale, le bouton mousse de son extrémité libre permettent d'inciser hardiment, sans crainte de blesser les vaisseaux voisins.

Après avoir fait une série d'incisions libératrices, le voile du palais est isolé ; les piliers sont nettement détachés de la paroi pharyngienne ; le doigt, introduit dans l'arrière-gorge, pénètre très facilement dans le cavum nasal.

Signalons un œdème généralisé à la luette, au voile, aux piliers, qui apparaît progressivement, en général à mesure que l'intervention chirurgicale traumatise les tissus de la région.

3e temps. — Mise en place de l'appareil du docteur Martin. Un moulage, sur le cadavre, de la cavité bucco-pharyngo-nasale a permis de le construire et de lui donner la courbure du palais et de la voûte palatine sur lesquels il doit s'appliquer.

L'appareil est en caoutchouc vulcanisé ; les bords, arrondis et rigides de T à P' et de T' à P, sont renforcés de façon à maintenir tendue la lame élastique intermédiaire, dont l'épaisseur est un peu moindre. Les points P et P' doivent se placer derrière les piliers

libérés dans la partie inférieure de l'incision libératrice. La portion concave de l'appareil s'appliquera sur la partie convexe du voile. Le point E viendra se mettre en rapport avec l'épine nasale postérieure et le bord postéro-inférieur de la cloison sera reçu dans l'échancrure, tandis que les prolongements T et T traverseront les fosses nasales correspondantes. Les prolongements antérieurs de l'appareil sont allongés au moyen de deux tubes de caoutchouc qui viendront se réunir à leur sortie par l'orifice antérieure des fosses nasales, de façon à maintenir l'appareil en place. Entre le nœud formé par la réunion des deux tubes et la cloison du nez on aura soin d'interposer un tampon de coton pour empêcher les érosions qui se produisent infailliblement par le frottement.

L'appareil est très bien supporté par les malades ; dès le lendemain de l'opération ils peuvent déjà prendre des aliments. Généralement il faut le laisser en place une trentaine de jours, après quoi la cicatrisation est complète et toute menace de récidive est écartée.

15. — **Cancer de la lèvre récidivé et propagé au maxillaire — Résection de la région maxillo-mentonnière** (peau et maxillaire). — **Autoplastie cutanée et prothèse maxillaire. — Résultats treize mois après. Guérison** (Société des Sciences Médicales du 16 janvier 1895 et *Province Médicale* du 20 janvier 1895.)

Il s'agit d'un malade de 35 ans chez qui nous avons, pour un cancer récidivé de la lèvre inférieure, pratiqué une large intervention : résection du maxillaire inférieur avec la tumeur qui y adhérait solidement en occupant la région antérieure du menton, extirpation des ganglions sous-maxillaires et cervicaux par une incision en collier. L'autoplastie fut difficile et se fit en plusieurs fois.

Après la première intervention, faite le 22 décembre 1893, un appareil prothétique provisoire fut placé par M. le Dr Martin,pour éviter le rapprochement des fragments de la portion horizontale du maxillaire réséqué.

Deux mois après, application d'un autre appareil, remplaçant le fer à cheval du maxillaire, mais moins en saillie.

Le malade, revu treize mois après l'intervention ne présentait pas de récidive.

La déformation de la région mentonnière était bien atténuée.

En février 1895, nous lui avons encore fait une dernière intervention pour diminuer la profondeur de la commissure labiale droite et libérer les adhérences muqueuses de la région mentonnière de façon à permettre à M. le Dr Martin d'appliquer un appareil définitif,repro-

duisant sensiblement la saillie du menton et permettant au malade de mastiquer.

Le résultat a été bon au triple point de vue, de la cure radicale du cancer, de l'esthétique et de l'utilisation fonctionnelle.

16. — **Cancer récidivé de la lèvre, avec propagation au maxillaire. — Résection en bloc de la région maxillo-mentonnière. — Autoplasties et prothèses successives. — Résultats quatre ans après l'intervention. — Guérison sans récidive** (Communication et présentation du malade à la Société de Chirurgie de Lyon. Séance du 6 janvier 1898).

17. — **Observations inédites de cancroïdes de la face propagés aux os. — Indications opératoires — Limites de l'intervention** (*In* thèse de Trassagnac. — Des épithéliomas de la face propagés au squelette et de leur traitement, Lyon, 189).

Dans ces trois publications, j'ai relaté l'observation d'un malade, à qui j'avais, pour un cancer récidivé de la lèvre, avec propagation au maxillaire, pratiqué une résection large de l'os et des parties molles.

Je me suis attaché à suivre ce malade et j'ai pu le présenter quatre ans après mon intervention, sans qu'il ait présenté la moindre trace de récidive. Les cas de guérison du cancer ne sont pas tellement fréquents qu'il faille omettre de les publier, quand ce ne serait que pour éviter le découragement des chirurgiens.

Dans la thèse que j'ai inspirée à M. Trassagnac, je considérais que la propagation des cancroïdes au squelette n'était ni une contre-indication opératoire, ni une cause de récidive. La récidive se fait dans le tissu lymphoïde de la muqueuse et la véritable contre-indication opératoire est fournie par l'étendue de la lésion aux muqueuses et l'âge des malades.

Il ne faut pas les opérer après 55 ans, à moins qu'ils ne présentent une résistance exceptionnelle.

Un second point que j'ai étudié c'est la question de *la prothèse appliquée aux résections du maxillaire inférieur*. J'ai constaté qu'il fallait en attendre les plus heureux résultats au double point de vue de la restauration esthétique de la région opérée et de la fonction masticatrice.

Cette question est devenue lyonnaise par la collaboration de M. le Dr Martin à nos interventions chirurgicales nécessitant l'application d'appareils prothétiques.

18. — Du pseudo-lipôme de la région sus-claviculaire (*Province Médicale*, 21 juillet 1888).

Ayant observé, dans le service de M. Poncet, le 8 juin 1888, une malade atteinte de pseudo-lipôme de la région sus-claviculaire gauche, nous avons, à cette époque, fait une revue générale de ce qui avait été publié sur la question.

Nous avons joint à notre revue une seconde observation recueillie sur un de nos amis et confrères d'internat. Nos conclusions sont qu'il existe des pseudo-lipômes du creux sus-claviculaire constitués par du tissu conjonctif hyperplasié sous forme de tumeur et plus ou moins infiltré de graisse. Ces tumeurs ne sont pas capsulées, contrairement aux lipômes vrais. Les pseudo-lipômes du creux sus-claviculaire se rencontrent chez les arthritiques et les adipeux.

19. — Du cancer du corps thyroïde (*Province Médicale*, 21 janvier 1885)

Pendant notre internat chez M. Poncet, nous l'avons assisté dans deux interventions dirigées contre des goitres cancéreux. L'observation d'une troisième malade nous suggéra l'idée de cette revue où nous avons étudié la pathogénie du cancer thyroïdien, primitif ou secondaire ou encore consécutif à un goitre, l'anatomie pathologique, et les résultats du traitement opératoire, ces derniers étant peu favorables.

Une bibliographie très complète nous avait permis de mettre la question au niveau de l'état de la science à cette époque.

20. — Un cas d'exothyropexie. (*Opération de Jaboulay*) (*Archives provinciales de chirurgie*, 1er janvier 1895).

Dans un cas de goitre charnu volumineux et diffus datant de 8 ans, provoquant de la dyspnée, de la dysphagie et de la dysphonie, nous avons pratiqué l'exothyropexie, c'est-à-dire l'exposition au dehors du corps thyroïde goitreux. En pratiquant cette intervention nous avons été frappé de la bénignité relative de cette opération comparée à la thyroïdectomie. La tumeur avait le volume des deux poings, le lobe médian descendant jusqu'à la fourchette sternale. Les suites immédiates de l'intervention ont été absolument bénignes.

En résumé, l'opération de Jaboulay nous a donné les résultats suivants :

1° Disparition instantanée et définitive de tous phénomènes, dus à la compression exercée par le goitre ;

2° Réduction de la tumeur de la moitié de son volume ;

3° Persistance du goitre réduit de moitié et présence d'une cicatrice à la partie antérieure du cou.

Dans ce cas, l'exothyropexie, si elle ne nous a pas donné pleine satisfaction au point de vue de l'esthétique de la région, nous a permis de faire disparaître la dyspnée, la dysphagie et la dysphonie, seules choses dont se plaignit la malade.

THORAX

21. — **De l'ostéomyélite typhoïdique des parois thoraciques** (*Province Médicale*, 6 avril 1895).

Ayant observé, dans le service de M. le professeur Maurice Pollosson. 4 cas d'ostéite post-typhique des côtes et du sternum, dont deux nous sont personnels, nous avons cru devoir grouper dans un seul chapitre ce qui a trait aux localisations de l'ostéomyélite typhoïdique sur le squelette des parois thoraciques.

Un fait anatomo-pathologique nous a surtout frappé, c'est que ces foyers d'ostéites se développent à la partie centrale de l'os : ce sont des *médullites*, des ostéites bulleuses. En outre les caractères de *coloration rouge-brun* des produits morbides avec un pus à apparences bizarres, *pus sirupeux hémorrhagique*, nous paraissent devoir être signalés comme spéciaux à ce genre d'affection.

Le traitement que nous avons institué a été l'évidement soigneux des foyers ; il faut le pratiquer avec soin, largement pour éviter la récidive. A la suite de notre travail nous avons annexé la plupart des faits publiés sur l'ostéomyélite typhoïdique des côtes ou du sternum.

22. — **Du cancer du sein chez l'homme** (En collaboration avec M. Prothon, interne des Hôpitaux de Lyon. — *Province Médicale* du 9 avril 1898).

Ayant eu l'occasion d'opérer un malade atteint de cancer du sein et ayant observé deux autres malades porteurs de cette affection, j'ai cru intéressant de revoir, avec la collaboration de mon interne distingué, M. Prothon, ce chapitre de la pathologie. Nous avons fait une bibliographie très complète et joint à notre travail trois observa-

tions inédites de malades avec deux photographies (Obs. Albertin, Maurice Pollosson, Jaboulay).



Cancer du sein chez l'homme, H..., 77 ans.
(Service, Maurice Pollosson, Hôtel-Dieu, Lyon.)

La statistique des cas publiés nous donne une fréquence de un cancer du sein chez l'homme pour cent observés chezla femme 1/100. Un des principaux caractères de cette affection, c'est la bénignité relative de son évolution, alors que l'examen histologique montre que, dans la grande majorité des cas, on a affaire à du carcinome. Cette discordance est difficile à interpréter ; elle ne peut s'expliquer, en attendant mieux, que par cette considération de physiologie pathologique, que la malignité des néoplasmes est, le plus souvent, en rapport avec l'activité des tissus appelés à dégénérer. Il est de notion courante que les cancers évoluent d'une façon plus rapide et plus redoutable chez les jeunes sujets que chez les gens âgés. Chez l'homme, la glande mammaire est un organe au repos, sans activité, envahie par du tissu fibreux où la charpente domine, pour ainsi

dire, l'ensemble des éléments nobles de l'organe. C'est sur ce terrain, qu'appelé à évoluer, le néoplasme trouve le minimum de conditions propres à son développement rapide. Voilà, ce nous semble, en attendant que des caractères plus nets et plus précis soient déterminés, une considération pouvant nous aider à expliquer la bénignité relative du cancer du sein chez l'homme. L'étude histologique, faite sur des tumeurs d'âge différent — on sait quelle peut être la lenteur de leur évolution — pourra, en outre, apporter des éléments nouveaux sur la question de la transformation des tumeurs, et peut-être nous expliquer pourquoi une tumeur, histologiquement maligne, évolue avec une bénignité relative.

CHIRURGIE INTESTINALE

22. — **Contribution à l'étude de la hernie étranglée** (29 observations personnelles) (*Province Médicale*, 27 avril 1895).

Pendant les trois années que nous avons passées auprès de M. e prof. Maurice Pollosson, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, soit en le suppléant, soit en l'assistant, nous avons eu à donner personnellement des soins à vingt-neuf malades atteints de hernie étranglée.

Dans le mémoire que nous avons publié au sujet de ces cas, nous avons étudié plusieurs faits intéressants. Un cas de mort par anesthésie survenue chez un hernieux, au neuvième jour de son étranglement, nous a permis de faire une revue rapide des opinions des chirurgiens lyonnais sur le mécanisme de la mort en pareil cas et nous avons cru devoir l'attribuer au shock anesthésique.

Nous avons exposé un cas de *hernie étranglée sans tumeur apparente*, fait à rapprocher d'un cas semblable observé par nous pendant notre internat chez M. Poncet et à l'occasion duquel nous avions réclamé l'intervention du chirurgien de garde.

Une troisième observation a trait à une *hernie inguinale étranglée derrière un kyste dartoïque préherniaire suppuré*. C'est un fait comparable à celui rapporté, par M. le professeur Paul Berger, à la Société de Chirurgie en 1892. Dans les deux cas, il existait une cavité close préherniaire en rapport avec l'extrémité du ligament rond et indépendante du sac herniaire.

Une de nos observations a un grand intérêt. Chez une femme atteinte de hernie ombilicale et présentant des symptômes d'étranglement herniaire, l'examen minutieux de l'abdomen nous fit décou-

vrir une *laparocèle latérale gauche* qui était étranglée, la hernie ombilicale paraissant n'être pour rien dans l'étiologie des accidents. L'opération confirma notre diagnostic et notre malade guérit.

Enfin, dans trois cas de *gangrène herniaire* nous avons, suivant les cas, pratiqué des interventions différentes : 1 cas de résection de l'anse gangrenée avec entérorraphie circulaire suivie de guérison ; 1 cas d'intervention analogue chez un malade au septième jour de l'étranglement, mort par shock dix heures après ; un cas de phlegmon stercoral avec perforation traité par l'établissement d'un anus contre nature. Ce dernier malade survécut et, plusieurs mois après, M. le professeur Maurice Pollosson lui fit, avec mon assistance, la cure radicale de l'anus contre nature par excision, résection intestinale et entérorraphie circulaire. Le malade guérit rapidement à la suite de cette seconde intervention. Ces faits montrent qu'en présence d'une gangrène herniaire, notre conduite varie suivant les cas ; notre opinion est éclectique et choisit entre l'anus contre nature et la résection intestinale d'emblée suivant l'état général et l'état local.

Dans une dernière catégorie de faits ayant trait à des *hernies ombilicales étranglées*, nous montrons que, dans certains cas, on peut ne pas pratiquer l'omphalectomie et que même on ne doit pas la pratiquer avant d'avoir cherché à réduire l'intestin par un orifice plus ou moins étroit, s'il en existe une grande quantité en dehors. Une fois la réduction faite, on pratiquera l'oblitération de l'orifice par adossement et sutures à distance de renforcement.

24. — **Hernie obturatrice étranglée. — Intervention par double voie crurale et abdominale. — Guérison** (*Province Médicale* du 12 mars 1898).

J'ai eu, comme chirurgien de garde, l'occasion d'observer un cas de hernie obturatrice étranglée et d'intervenir avec succès. Le 8 février 1898, je suis appelé à l'Hôtel-Dieu pour une malade présentant les symptômes du choléra herniaire. Je trouve auprès de la patiente mon distingué confrère Bérard qui venait l'examiner et de faire le diagnostic de hernie obturatrice gauche étranglée. Tous les signes classiques existaient, je confirme le diagnostic et j'interviens. L'incision crurale me permet d'isoler le sac, mais, après m'être assuré du diagnostic, ignorant quel était le contenu du sac et l'état de ce contenu, je prolongeais mon incision au-dessus de l'arcade crurale en faisant une véritable laparotomie. L'index gauche introduit me permet de reconnaître le trou obturateur dans lequel s'engageait une anse grêle. Je dilatai avec l'index le collet en même temps que l'ori-

fice fibreux; une pression exercée sur le sac crural pendant que mon index restait en place me permit de ramener au dehors l'anse herniée. Elle présentait un sillon correspondant à un pincement latéral, mais était dans un état satisfaisant. Je la réduisis dans l'abdomen, puis terminai l'opération en faisant la résection du sac au ras du trou obturateur. La malade guérit.

De la thérapeutique chirurgicale de la gangrène herniaire (Communication à la Société de Chirurgie de Lyon. — Séance du 7 avril 1898. In *Province Médicale* du 16 avril 1898).

Dans cette communication , je rappelle tout d'abord que j'ai publié en 1895, un mémoire où je passais en revue vingt-neuf cas de hernie étranglée, opérés par moi. Depuis cette époque j'ai opéré trente-quatre nouveaux cas d'étranglement herniaire, ce qui fait un total de soixante-trois cas. Sur ce total j'ai observé deux cas de plaque douteuse de l'intestin et quatorze cas de gangrène intestinale complète.

Je suis intervenu :

Deux fois par la fixation de l'anse douteuse au niveau de l'orifice naturel, par où sortait la hernie.

Une fois par la création d'un anus contre nature.

Deux fois par l'entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire.

Dix fois par l'entérectomie, suivie de l'entéro-anastomose par le bouton de Murphy.

Passant en revue les différents traitements de la gangrène herniaire, je constate que l'on abandonne de plus en plus l'anus contre nature pour avoir recours à la résection intestinale suivie d'abouchement de l'intestin par sutures ou par bouton anastomotique.

L'anus contre nature devient une opération d'exception dans la hernie gangrénée; on ne doit le faire que s'il y a des indications fournies par l'état précaire du malade ou l'impossibilité matérielle de faire mieux par défaut d'outillage ou d'assistance.

Le véritable traitement, c'est la résection de la portion intestinale gangrenée suivie d'abouchement. La résection sera faite obliquement de façon que les deux traits de section convergent pour se rencontrer du côté du mésentère; on assurera ainsi l'irrigation des bords de l'intestin laissés libres par la résection.

Faut-il donner la préférence à la suture intestinale sur le bouton anastomotique?

Je ne crois pas le moment venu pour trancher la question; il faut

attendre les statistiques et, plus encore, c'est affaire de préférence de la part du chirurgien et d'éducation spéciale.

J'ai fait deux fois l'entérorraphie et je compte une guérison; le second malade mourut quelques heures après ; il était au neuvième jour de son étranglement.

J'ai pratiqué dix fois l'entéro-anastomose avec le bouton de Murphy modifié par Villard.

C'est cet appareil qui me paraît le plus simple et le plus pratique. Voici le manuel opératoire que j'ai adopté en pareil cas :

1er *temps.* — Débridement de l'anneau fibreux et du collet du sac.

2e *temps.* — Traction au dehors de l'anse malade que l'on isole de la cavité abdominale.

3e *temps.* — Résection de la portion gangrénée.

4e *temps.* — Evacuation du contenu de l'intestin ouvert ; toilette de la région ; mise au net du champ opératoire.

5e *temps.* — Introduction de l'index gauche dans l'extrémité de l'intestin ouvert, mise en place d'un fil circulaire à 3 millimètres du bord libre, même manœuvre pour l'autre bout.

6e *temps.* — Mise en place des deux moitiés du bouton et striction du fil circulaire.

7e *temps.* — Invagination des deux moitiés du bouton, rapprochement aussi complet que possible. Points de suture complémentaires s'il y a lieu.

8e *temps.* — Suture mésentérique.

9e *temps.* — Réduction après débridement de la paroi s'il y a lieu, éviter tout traumatisme de l'anse anastomosée.

10e *temps.* — Pansement à plat sans sutures.

Les soins consécutifs se réduisent à la diète d'aliments solides ; le malade est mis au lait, bouillon, champagne, pendant quinze jours.

Le bouton est ordinairement expulsé du onzième au quatorzième jour.

Cette intervention est simple, courte et d'une exécution facile ; il faut un peu d'éducation spéciale.

Sur dix cas, j'ai eu six succès et les quatre morts que j'ai à déplorer sont dues à des causes indépendantes de l'application du bouton anastomotique.

Je crois fermement à l'avenir de cette méthode, à l'emploi du bouton anastomotique comme moyen d'abouchement de l'intestin après l'intervention nécessitée par la gangrène herniaire.

ORGANES GENITO-URINAIRES HOMME

26. — **Extraction d'un tuyau de pipe de la vessie par la taille hypogastrique.** (Communication à la *Société des Sciences Médicales* du 2 novembre 1892. — *Province Médicale* du 5 novembre 1892).

Cette observation a trait à l'extraction d'un tuyau de pipe introduit dans la vessie pendant des manœuvres de masturbation uréthrale exécutées par un génésique de 20 ans.

Nous fîmes une première tentative de lithotritie, mais le tuyau de pipe, en caoutchouc durci, ne pût être écrasé. Nous fîmes la taille hypogastrique qui nous permit de ramener avec le doigt le corps étranger.

Le malade guérit rapidement. A propos de cette communication, nous rappelions que l'intervention que nous avions pratiquée paraissait devoir être la méthode choisie, en présence de corps étranger de la vessie.

27. — **De la taille sus-pubienne pour calculs vésicaux chez l'enfant** (Communication et présentation de pièces à la Société de Chirurgie de Lyon. Séance du 4 novembre 1897).

28. — **Observations de calculs vésicaux chez l'enfant, traités par la taille sus-pubienne** (Observations et dessins inédits, à paraître *in* Thèse Piot. — De la taille sus-pubienne appliquée au traitement des calculs vésicaux chez l'enfants) (sous presse).

J'ai opéré six enfants calculeux avec succès par la taille sus-pubienne. Je crois qu'il faut préférer la voie hypogastrique à la voie périnéale chez l'enfant ; on n'est pas exposé à travailler dans la « sphère génitoire » de l'enfant.

En outre, je crois que, seule, la voie hypogastrique permet l'extraction des calculs volumineux, tels que ceux dont je donne ici le dessin et que j'ai extraits de la vessie d'enfant de 8 et 12 ans.

A côté de ces avantages, facilité d'exécution, sécurité pour les organes voisins, possibilité d'extraction de calculs volumineux,

moyen d'exploration de la vessie, que peut on objecter à la taille sus-pubienne ? Elle n'a pas d'inconvénients ni de dangers, c'est une excellente opération.



Fig. 00. — Calcul vésical extrait par la taille sus-pubienne chez un enfant de 8 ans (grandeur naturelle).



Fig. 00. — Calcul vésical extrait par la taille sus-pubienne (grandeur naturelle). Enfant de 12 ans.

Les suites opératoires sont simples et ne peuvent présenter aucun complication si on ne suture pas la vessie. Je crois qu'il ne faut fair

cette suture que si on est absolument certain de l'asepsie vésicale, ce qui n'est pas la règle, et si on peut surveiller de très près le malade. Quinze à vingt jours suffisent pour la guerison et la cicatrisation de la plaie abdomino-vésicale.

29. — **Anurie calculeuse et rein unique** (*Annales des maladies des organes urinaires*, n° d'avril 1898).

Assistant M. le professeur Maurice Pollosson auprès d'un malade atteint d'anurie calculeuse, j'ai recueilli l'observation de ce malade et pratiqué sa nécropsie.

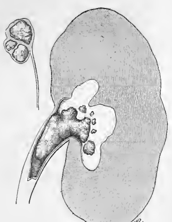


Fig. 00. — Anurie calculeuse. — Coupe des deux reins. — Moitié grandeur naturelle.

Le résultat de mon observation et de mes constatations m'a permis de vérifier la conclusion formulée par M. Legueu dans son mémoire sur l'anurie calculeuse. « L'anurie ne se montre que chez les individus qui ne vivent qu'avec un seul rein.

J'ai fait dessiner les pièces anatomiques et la vue du dessin me

dispense de disserter longuement sur l'état de l'appareil excréteur de l'urine chez mon malade.

Cet anurique vivait évidemment, la veille de son anurie, avec un seul rein.

Je passe en revue les théories émises pour expliquer la production de l'anurie et je crois, avec Legueu, qu'il faut faire de l'anurie calculeuse une anurie mécanique.

Nous avons perdu notre malade qui a été amené tardivement au sixième jour de son anurie.

Nous somme d'avis, avec Gangolphe, de Grailly, Legueu et bien d'autres chirurgiens que, en présence de l'anurie calculeuse, il faut pratiquer la néphrotomie d'urgence. Cette opération, relativement bénigne, pratiquée à temps, permettra aux chirurgiens d'améliorer la statistique qui n'est pas très consolante encore et à cause du retard apporté à l'intervention, croyons-nous.

30. — **Note sur un cas d'orchite tuberculeuse bilatérale traité par la castration ; suites immédiates et éloignées** (*Province Médicale*, 12 octobre 1889).

31. — **Deux cas d'orchite tuberculeuse double traités par la castration bilatérale. Résultats éloignés. Guérison** (*Province Médicale*, 5 novembre 1892).

Le premier cas a été observé par nous dans le service de M. Poncet, le second nous est personnel ; les deux observations sont identiques. Dans les deux cas, il s'agissait de malades âgés, porteurs depuis longtemps de testicules tuberculeux, volumineux et douloureux. Cette affection bilatérale, traitée sans succès depuis plusieurs années, avait produit chez nos malades les plus fâcheux effets, soit du côté de l'état général, soit du côté de l'état moral. Malgré qu'on eût constaté l'induration des canaux déférents qui ressemblaient à des tuyaux de pipe, malgré la présence d'une tuméfaction légère des vésicules séminales, vu la triste situation imposée aux malades qui étaient devenus incapables de travail, nous pratiquâmes la castration bilatérale avec extirpation du cordon spermatique au ras de l'orifice inguinal ; les suites immédiates furent simples et la guérison rapide. Nous avons revu il y a un mois l'opéré de M. Poncet et le nôtre, les résultats éloignés sont encore plus remarquables, l'état de santé est parfait et l'état moral excellent, contrairement à ce que signalent la plupart des auteurs.

ORGANES GÉNITO-URINAIRES FEMME

32. — **Des injections intra-utérines au point de vue obstétrical sous la méthode antiseptique** (Thèse de Lyon, 5 août 1887).

33. — **De l'emploi des injections intra-utérines chaudes contre les hémorrhagies post partum** (*Archives de Tocologie*, novembre 1897).

34. — **Des injections intra-utérines au point de vue obstétrical sous la méthode antiseptique** (Revue générale) (*Province Médicale*, 22 octobre 1897).

Parmi les différentes pratiques dont l'ensemble constitue la méthode obstétricale, il en est une sur laquelle nous avons voulu attirer l'attention, persuadé que son emploi, méthodiquement réglé, peut rendre les plus grands services à l'accoucheur ; nous voulons parler des injections intra-utérines.

Notre séjour, comme interne, pendant six mois dans le service de la Maternité de l'Hospice de la Charité de Lyon, dirigé par M. le professeur agrégé Vincent chirurgien de cet hôpital, nous a permis de constater les excellents résultats obtenus par l'emploi des injections intra-utérines dans les différentes circonstances de l'accouchement. A moins d'indications spéciales, la solution employée a été celle de sublimé à la dose de 0 gr. 50 cgr. pour 1.000 ou pour 2.000.

I

L'emploi des *injections intra-utérines antiseptiques* comme *moyen prophylactique contre la septicémie puerpérale* a donné les meilleurs résultats.

Ces injections, faites toutes les fois que l'on peut douter de l'état d'asepsie de la cavité utérine, ont été pratiquées sur 525 accouchées. Elles complètent l'ensemble des pratiques antiseptiques obstétricales.

Notre statistique, allant du 1er août 1886 au 21 juillet 1887, nous donne 1.125 accouchements faits à la Maternité de la Charité sans qu'on ait eu à constater un seul cas de *morbidité* par affection septique.

II

L'emploi des *injections intra-utérines antiseptiques chaudes contre les hémorrhagies qui suivent la délivrance* permet de remplir une double indication : faire l'hémostase de l'utérus tout en restant sous le couvert de l'antisepsie.

« Sous l'influence d'une injection de 45 à 50°, dit M. le professeur Tarnier, les contractions utérines atteignent un degré d'énergie bien supérieur à celui qui est provoqué par le seigle ergoté. Aussi, en employant la méthode des injections intra-utérines contre les hémorrhagies qui suivent la délivrance, je suis arrivé à la suppression à peu près complète du seigle ergoté. »

Dans le service de M. Vincent, à la Maternité, nous avons recueilli cinquante-deux observations d'hémorrhagie, après la délivrance, traitées par l'injection intra-utérine antiseptique chaude (de 45 à 50°).

Nous n'avons pas constaté un seul insuccès; aussi n'hésitons-nous pas à recommander ce moyen hémostatique comme le plus puissant dont dispose l'accoucheur.

III

L'emploi des *injections intra-utérines dans le cas de rétention placentaire*, après l'accouchement ou l'avortement de la seconde moitié de la grossesse, devra toujours être tenté avant de recourir à l'extraction manuelle. Dans la majorité des cas, l'injection intra-utérine antiseptique chaude, en réveillant les contractions de l'utérus, a provoqué l'expulsion du délivre; dans tous les cas elle permet l'expectation en assurant l'asepsie utérine.

Conclusions : L'emploi des injections intra-utérines chaudes antiseptiques paraît indiqué :

1° Pour assurer l'antisepsie de la cavité utérine pendant l'accouchement;

2° Pour combattre les hémorrhagies de la délivrance;

3° Pour amener, par l'excitation de l'utérus, l'expulsion du placenta.

35. — **Des différentes méthodes opératoires appliquées à la cure radicale du cancer de l'utérus. Revue statistique** (*Province Médicale*, 17 novembre 1888.)

L'observation, dans les services hospitaliers, d'un grand nombre de cancers de l'utérus en présence desquels on instituait, soit une inter-

vention, soit un traitement palliatif, nous a suggéré l'idée de faire une revue sur les différentes méthodes chirurgicales appliquées à la cure radicale du cancer de cet organe.

Après avoir étudié un grand nombre de statistiques, nous sommes arrivés à nous abstenir de conclure pour telle ou telle méthode à l'exclusion de l'autre, en acceptant de préférence l'hystérectomie totale, l'hystérectomie partielle pouvant cependant être appliquée à certains cas.

36. — **Des corps étrangers de l'utérus** (*Province médicale*, 1895, 9 mars et mémoire chez Waltener. Lyon, avril 1895).

A l'occasion d'un fait personnel, nous avons constaté qu'il n'existait dans les récents traités de Gynécologie aucun chapitre sur cette question.

Nous avons dans ce mémoire réuni un assez grand nombre d'observatinns de corps étrangers de l'utérus, Nous en avons donné une classification, étudié les symptômes et leur traitement.

37. — **Note sur un cas d'absence du vagin et de l'utérus, création d'un vagin artificiel** (*Province médicale*, 8 avril 1893).

Une jeune femme, mariée depuis trois ans, vient à la Charité alors que nous suppléons M. le chirurgien-major Levrat ; l'examen permet de constater l'absence de vagin sans autre malformation des organes génitaux externes. Le palper abdominal combiné au toucher rectal montre l'absence de l'utérus et des ovaires. Nous basant sur des considérations d'ordre moral en quelque sorte, la femme se déclarant très malheureuse de n'être pas faite comme les autres et le mari s'associant à sa femme pour réclamer une modification qui lui rendit possible l'accomplissement de ses devoirs conjugaux, je me décidai à pratiquer une intervention *pro forma*, c'est-à-dire à créer un vagin artificiel. Ce qui fut fait par une incision transversale permettant de décoller le tissu cellulaire entre la face antérieure du rectum et la face postérieure de la vessie. Ce décollement fut pratiqué sur une hauteur de 10 centimètres sans qu'on rencontrât le cul-de-sac péritonéal. Le maintien à demeure d'un pessaire de Gariel d'abord, de tampons cylindriques de gaze iodoformée ensuite, permit d'obtenir une cavité pseudo-vaginale de 8 à 10 centimètres de profondeur.

L'examen pratiqué à quelque temps de là nous fit constater la tendance à l'athrésie de ce vagin artificiel ; néanmoins l'état mental

de l'opérée, qui devenait inquiétant avant l'opération par ses tendances lypémaniaques, s'est très amelioré, et l'intervention chirurgicale, quoique imparfaite dans ses résultats, a permis à notre malade de ne plus se considérer parmi ses compagnes comme « une exception ».

38. — **Un cas de malformation congénitale utéro-vaginale avec indépendance complète du vagin et de l'utérus. — Traitement — Résultats** (En collaboration avec le Dr Durand, agrégé d'anatomie à la Faculté de Lyon). (A paraître, *Province Médicale*, mai 1898). Imprimé chez Pe Legendre et Cie Lyon).

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas peut-être unique dans lequel nous avons pu constater que l'utérus globuleux et sans portion cervicale apparente était séparé du dôme vaginal par la cavité péritonéale, de sorte que les deux dérivés, utérus et vagin, du conduit de Muller n'avaient conservé aucune trace de leur continuité embryologique primitive.

Les recherches bibliographiques, l'étude des classiques ne nous ont rien donné qui puissent nous permettre d'expliquer la production de ce genre de malformation dont la caractéristique est la présence de l'utérus globuleux et fermé dans la cavité péritonéale, l'indépendance complète du vagin vis-à-vis de celui-ci.

Quoiqu'il en soit, voici l'histoire clinique résumée de notre malade.

L'imperforation vaginale existait, la malade n'avait jamais vu ses règles évidemment, mais chaque période menstruelle s'accompagnait de douleurs horribles. Elle vient nous trouver ayant vingt-deux ans, souffrant depuis quatre à cinq ans.

Dans un premier temps, nous incisons le fond du cul-de-sac vaginal, l'index introduit, dilacère un peu de tissu cellulaire et pénètre dans la cavité sus-jacente. C'est la cavité péritonéale car une anse intestinale se présente à l'orifice. L'exploration, continuée avec l'index permet de sentir un globe lisse comparable à une mandarine. Le toucher et le palper combinés nous font conclure que ce globe est bien l'utérus. On vérifie l'état des organes voisins et on peut attirer dans l'orifice un ovaire un peu gros et présentant quelques points kystiques. L'autre ovaire ne fut pas aperçu.

L'appareil utéro-ovarien paraissait complet et, en présence de l'étrangeté du fait, nous nous attachâmes à explorer la sphère utérine et à vérifier à nouveau son indépendance par l'examen au spéculum.

On put, par la pression hypogastrique, le faire apparaître à l'extrémité du cylindre vaginal ouvert.

On place une mèche de gaze stérilisée en avant et en arrière de ce globe pour attendre les évènements.

Dans un deuxième temps, le surlendemain, on saisit la portion accessible du globe avec une pince tire-balle, on l'attire dans l'orifice circulaire supérieur du vagin et on l'y fixe par quatre points de suture. La surface du globe fixé est lisse, rappelle l'aspect de la séreuse péritonéale.

Dans un troisième temps, après avoir constaté que le contour du vagin est fixé au globe utérin et qu'il existe une surface circulaire libre au centre, on ponctionne ce que l'on croit être l'utérus. Il s'écoule du liquide hématique, jus de pruneaux, c'est bien du liquide d'hématométrie, on excise un peu de tissu sur le pourtour de l'orifice de ponction.

On a donc ainsi reconstitué l'appareil génital utérin, s'abouchant dans le vagin. On s'occupe de lutter contre l'atrésie progressive des orifices, par mèche de gaze, laminaires. Le résultat immédiat fut merveilleux ; la malade eut ses règles presque sans douleur pendant plusieurs époques menstruelles et se croyait guérie de sa malformation, mais la rétraction cicatricielle, l'atrésie progressive d'un trajet intermédiaire, entre l'utérus et le vagin devenu filiforme, compromit le résultat immédiat. Je résume brièvement la fin de notre observation. Pour lutter contre cette atrésie progressive, rendant les menstrues aussi douloureuses qu'auparavant, nous fumes obligés de faire une série de débridements, de séances de dilatation. La malade finit par avoir de l'infection de ses annexes et nous dûmes nous résoudre, dix-huit mois après, à faire leur ablation par la voie abdominale. Nous trouvâmes un utérus paraissant normal et, de chaque côté, deux poches purulentes représentant les annexes salpingo-ovariques. Notre malade succomba à des phénomènes de péritonite aiguë.

En présence de cette observation je crois pouvoir conclure que si l'utérus eût été plus abaissable, si l'orifice supérieur du vagin avait pu remonter à une certaine hauteur sur le corps utérin, il ne se serait pas produit de trajet intermédiaire cicatriciel et faisant ressembler la cavité utéro-vaginale à un sablier, et le résultat immédiat, si excellent obtenu, eût pu devenir définitif.

SYSTÈME OSSEUX EN GÉNÉRAL

39. — **Des greffes osseuses. — Des réimplantations osseuses, périostiques et médullaires** (*Province médicale*, du 17 mars 1888.)

Ayant collaboré, comme interne, à la plupart des faits de greffes osseuses pratiquées par M. le professeur Poncet et exposés par lui au Congrès de Chirurgie de 1886, nous avons publié, sur cette question si intéressante, une revue générale dans laquelle nous avons en outre résumé les observations des malades soignés par M. Poncet. Ce chirurgien a obtenu de fort beaux résultats par les greffes fragmentaires d'homme à homme, ou d'animal à homme. Il a été, croyons-nous, le premier à faire avec succès une greffe massive représentée par une moitié de phalange du gros orteil qu'il interposa entre les fragments d'un tibia dans un cas de pseudarthrose.

40. — **Notes sur un cas d'ostéomalacie généralisée avec tumeurs kystiques multiples** (*Province Médicale*, 15 novembre 1890).

En juillet 1886, nous présentions à la Société des Sciences Médicales une série de pièces provenant de l'autopsie d'une malade morte en entrant dans le service de M. le professeur Poncet, sans qu'on eût aucun renseignement.

Pendant la vie, on avait constaté des tumeurs multiples de l'humérus, du fémur, du bassin avec fractures spontanées

L'autopsie nous fit découvrir toute une série de lésions intéressantes que nous avons groupées après examen microscopique sous le litre d'ostéomalacie généralisée avec tumeurs kystiques multiples.

L'examen histologique, pratiqué sur un grand nombre de points du squelette par M. Bard, confirma notre opinion. C'est une forme excessivement rare. Notre observation et un dessin montrant une coupe du fémur ont été reproduits dans l'article : « Ostéomalacie » du traité de Duplay et Reclus, article à la rédaction duquel nous avons collaboré.

41. — Note sur un cas d'ostéomyélite juxta-épiphysaire infectieuse aiguë à début brusque, à forme septico-pyohémique et à évolution rapide compliquée de parotidite double (*Province Médicale*, 4 août 1894).

Un enfant de 13 ans bien portant, saute, en jouant, par une fenêtre élevée de un mètre au-dessus du sol, ressent une douleur dans la région malléolaire externe gauche, croit s'être fait une entorse, et nous fait appeler dix-sept heures après l'accident.

Les signes que nous observons nous font diagnostiquer : ostéomyélite infectieuse, et la suite nous donne malheureusement raison. Il y eut sept ou huit localisations juxta-épiphysaires et le malade fut emporté le neuvième jour après l'affection Il existe peu de faits où le début ait été si brusque et à l'occasion d'un traumatisme.

42. — Exostoses multiples disséminées. — Ablation d'une exostose épiphysaire supérieure du fémur (Communication et présentation du malade à la Société des Sciences Médicales de Lyon. Séance du 2 décembre 1893).

Ce malade présentait des exostoses disséminées sur la plus grande partie du squelette, radius, cubitus, humérus, fémur, côtes, etc. Elles siégeaient au niveau des régions épiphysaires. Une de ces exostoses occupait la région postéro-supérieure du fémur. Le nerf sciatique venait se réfléchir sur elle comme sur un chevalet. Les douleurs étaient intolérables, la marche impossible, je réséquai l'exostose et les symptômes douloureux disparurent.

MEMBRE SUPÉRIEUR

42. — Syphilôme para-articulaire de l'extrémité supérieure de l'humérus droit. — Traitement par l'évidement osseux avec arthrotomie de nécessité. — Guérison rapide et définitive. — Résultats éloignés (*Province Médicale*, 20 octobre 1894).

Chez un homme de 40 ans ayant eu la syphilis bien antérieurement, nous diagnostiquâmes ostéite syphilitique de l'extrémité supérieure de l'humérus droit. L'échec du traitement ioduré, les douleurs intolérables éprouvées par le malade qui réclamait l'ouverture du point douloureux, le fait que ce point, en voie d'évolution, était situé

au voisinage de l'articulation de l'épaule nous engagèrent à intervenir. Nous trouvions un point d'ostéite de l'humérus avec des caractères tels que nous avons cru pouvoir, ayant les pièces sous les yeux, faire le diagnostic de *syphilôme osseux, circonscrit à la période de masticification.* Pour en pratiquer l'évidement, il fallut exciser une portion de la membrane capsulo-synoviale de l'épaule. Grâce à l'asepsie de l'intervention et à l'immobilisation du membre opéré, la guérison fut rapide, sans troubles fonctionnels de l'articulation. Elle s'est maintenue depuis sans le moindre accident, soit quatre ans après l'inteventrion, fait qui justifie notre diagnostic et permet, en présence de cette localisation unique et de la non récidive, de conclure à la nature spécifique de l'affection.

44. **Décollement juxta-épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus** (Communication, présentation du malade et de sa radiographie, à la Société de médecine de Lyon. Séance du 1er février 1897).

45. **Du décollement juxta-épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus** (Observations et photographies inédites (En collaboration avec M. Molin, interne des Hôpitaux de Lyon).

Je présentais, le 1er février 1897, à la Société de Médecine de Lyon, un cas-type de décollement juxta-épiphysaire de l'humérus chez un jeune garçon ; la radiographie que j'ai fait reproduire ici me paraît en résumer l'anatomie pathologique macroscopique.

Nous avons, à cette occasion, M. Molin, interne distingué des hôpitaux et moi, fait une revue générale des travaux publiés sur cette question. Nous avons emprunté au service de M. le professeur Maurice Pollosson, une photographie qui nous donne l'aspect clinique, type de cette variété de fracture.

C'est, en effet, la saillie de l'extrémité de la diaphyse sous les muscles et la peau qui est, pour ainsi dire, le caractère pathognomonique du décollement juxta-épiphysaire supérieur de l'humérus. Chez ce malade cette déformation caractéristique en très apparente et c'est ce qui fait l'intérêt de cette photographie.

Le traitement sera différent, suivant que l'on se trouvera en présence de cas récents ou anciens. Aux cas récents, on appliquera la réduction et l'immobilisation Aux cas anciens, dans lesquels la diaphyse s'est soudée à l'épiphyse restée en place et où les mouvements de l'épaule persistent, il n'y a qu'à opposer une intervention simple et limitée.



Décollement juxta-épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus, garçon de 12 ans 1/2 (Albertin). Radiographie.

Il suffit de réséquer, de raboter la saillie de l'extrémité diaphysaire qui blesse les muscles, les filets nerveux et peut même perforer la peau. C'est ce que j'ai fait pour mon malade qui a rapidement guéri et retrouvé tous les mouvements de l'épaule.



Décollement juxta-épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus, chez un garçon de 13 ans. — Déformation de l'épaule par saillie de l'extrémité diaphysaire (Maurice Pollosson).

00. — **Pseudarthrose de la diaphyse humérale. — Engainement des fragments après avivement, dans une charpente métallique laissée à demeure. — Consolidation au bout de trois mois.** (Communication et présentation du malade, Société de Médecine de Lyon, séance du 4 avril 1898).

J'ai présenté à la Société de Médecine de Lyon, séance du 4 avril 1898, un malade que j'ai opéré d'une pseudarthrose de l'humérus.

Le malade avait eu, en mai 1897, le bras droit écrasé par une roue de voiture. Pendant six mois, de mai à octobre, il avait été traité par les moyens de contention habituels des fractures : appareils plâtrés successifs. La pseudarthrose ne s'en était pas moins produite et les deux segments du bras étaient absolument mobiles l'un sur l'autre sans aucune sensation de crépitation ; aucune consolidation à prévoir.

Je connaissais les réunions osseuses faites par M. Ollier au moyen de la suture, du vissage, de la coaptation par des points métalliques. J'eus recours, dans le même ordre d'idées, à l'utilisation d'une pièce prothétique spéciale, analogue à celles que M. Martin a présentées à la Société de Chirurgie de Lyon et au dernier Congrès de Chirurgie de Paris.

L'intervention eut lieu le 29 octobre 1897. On incise au niveau de l'empreinte deltoïdienne, point où siège la pseudarthrose, on trouve les deux os séparés par un tissu mou qui est excisé, les fragments sont rugìnés sur une longueur de 3 centimètres, chacun de façon à créer la *double collerette périostique d'Ollier* ; on place alors la charpente métallique, spécialement fabriquée par M. Martin, pour mon malade. Elle est constituée par deux V métalliques, placés en sens inverse, l'un sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure des extrémités osseuses de manière que l'ensemble affecte la disposition ci-contre, la colonne osseuse étant interposée entre eux.

Ces pièces sont fixées chacune à l'os par trois vis une au sommet, une à l'extrémité de chaque branche). Les travées longitudinales sont, de plus, réunies entre elles par des travées métalliques transversales, de sorte que l'ensemble affecte la forme d'une cage cylindrique engainant les deux extrémités osseuses. Celles-ci sont ainsi solidement maintenues. La plaie est soigneusement drainée ; on fait

quelques sutures cutanées, le membre est maintenu par une attelle plâtrée.

Au bout de deux mois et demi, malgré les phénomènes de suppuration dont on vient à bout par des lavages et des drainages, la consolidation a commencé. Au bout de trois mois on ne perçoit plus aucune mobilité, le malade peut élever le bras.

La radiographie a montré la parfaite coaptation et le maintien en place de l'appareil métallique dont une extrémité seulement était recourbée, la vis correspondante ayant cédé et s'étant éliminée.

Nous considérons que cette intervention peut être indiquée dans des cas analogues aux nôtres, où il s'agit d'une véritable pseudarthrose, sans espoir de consolidation future. Elle offre l'avantage d'opérer une coaptation provisoire, qui maintient les fragments et assure la réunion définitive par cette immobilisation et aussi sans doute par l'irritation locale que réveillent les fonctions ostéogéniques. Ceci est à rapprocher des faits de M. Ollier qui, depuis longtemps, a proposé de traiter les retards de consolidation des fractures par la mise en place, sur les fragments, de pointes métalliques.

Quoiqu'il en soit, nous croyons pouvoir conclure de ce fait :

1° Que la prothèse métallique joue un rôle provisoire dans le maintien, au contact des fragments avivés ;

2° Que cette charpente peut jouer encore un autre rôle dans la consolidation, en provoquant l'ossification par action irritative de présence et en guidant l'ossification.

47. — **Note sur un cas de luxation traumatique de l'os semi-lunaire sur la face palmaire du poignet gauche**, (*Province Médicale*, 2 juillet 1887).

48. — **Une deuxième observation de luxation de l'os semi-lunaire à travers une plaie de la région antérieure du poignet** (Extrait du compte rendu de la Société des Sciences Médicales. *Province médicale* du 14 novembre 1894).

Le premier fait a trait à un malade observé dans le service de M. Poncet, le second nous est personnel. Ces deux cas sont presque identiques : à la suite d'une chute violente d'un lieu assez élevé, sur la paume de la main placée dans l'extension, l'os semi-lunaire vint se luxer sur la région palmaire du poignet à travers une boutonnière cutanée en restant toutefois adhérent par des débris ligamenteux. L'étude anatomique et expérimentale que nous avons faite de cette lésion nous a permis de lui assigner le mécanisme suivant : l'os semi-lunaire est placé en clef de voûte au sommet

du condyle carpien. Dans une chute sur la paume de la main en extension forcée, il est le centre de convergence des pressions qui s'exercent sur l'articulation du poignet. La présence du radius en haut et en avant de la partie supérieure de l'os fait qu'il tend à être énucléé du côté de la face palmaire. En bas il repose sur l'os crochu et le grand os ; latéralement il est comprimé par les facettes obliques du scaphoïde et du pyramidal. Il s'échappe par le seul chemin qui lui soit ouvert : la partie antérieure de l'articulation, il est énucléé à la façon d'un noyau de cerise serré entre les doigts. Dans ces deux faits, le premier malade de M. Poncet mourut de tétanos; nous dûmes, chez notre seconde malade, pratiquer la résection du poignet pour une arthrite purulente. Cette affection paraît s'accompagner toujours de complications graves dues au traumatisme ou à l'infection de la plaie.

49. — Note sur un cas d'arrachement de l'index gauche et des tendons fléchisseurs du doigt (*Lyon Medical*, t. II, p. 57, 1886).

Un malade entré dans le service de M. Poncet apportait l'extrémité de son index détachée du doigt et à laquelle étaient attenants le tendon fléchisseur superficiel présentant une longueur de 23 cent. et le tendon du fléchisseur profond ayant 27 cent. de long. Cette pièce présentait une lésion classique dont nous avons signalé plusieurs observations dues à différents auteurs.

50. — Note sur le mal des confiseurs (onyxis et périonyxis professionels). (*Gazette hebdomadaire*, 15 mars 1889).

51. — Observations personnelles d'onyxis des confiseurs in thèse CHAUSSENDE, Lyon, 1889, inspirée par M. PONCET.

Le 22 janvier 1881, M. Poncet envoyait à l'Académie de Médecine un pli cacheté contenant une communication sur une variété d'onyxis professionnel propre aux confiseurs, affection non décrite jusqu'à ce our et dont l'étude était basée sur quatre observations personnelles.

En mars 1889, nous avons publié dans la *Gazette hebdomadaire* une note sur cette affection en relatant la première observation de M. Poncet et une autre à nous personnelle. Depuis nous en avons recueilli de nouvelles publiées dans la thèse de Chaussende dont voici les conclusions :

Cette affection est le résultat des manipulations professionnelles et

de l'action des sucs acides des fruits et des sirops de sucre sur les extrémités digitales.

Elle est caractérisée par des lésions inflammatoires du côté des tissus péri-unguéaux et par des altérations des ongles, faits qui nous autorisent à considérer cette affection comme une variété *d'onyxis et de périonyxis professionnels.*

Ces lésions et les déformations qui les accompagnent impriment aux doigts malades des caractères professionnels distinctifs.

Les notions acquises permettront de différencier cette affection de l'onyxis syphilitique avec lequel elle a quelques points cliniques communs.

Des mesures prophylactiques d'hygiène, un traitement approprié peuvent prévenir, atténuer et même faire disparaître les lésions.

MEMBRE INFÉRIEUR.

52. — **Note sur un cas d'arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure, par la contraction musculaire du couturier** (*Province Médicale*, 19 novembre 1887).

Pareil fait est rare et intéressant, non seulement parce qu'il s'agit d'une fracture par contraction musculaire, mais encore parce que cette fracture constitue dans notre cas un véritable décollement épiphysaire. Le malade entré dans le service de M. Poncet, suppléé par M. Gangolphe, était âgé de 17 ans. On sait que l'épine iliaque antérieure et supérieure est isolée par une intersection cartilagineuse, qui ne s'ossifie que de 20 à 25 ans, c'est un point épiphysaire de l'os iliaque. Cette considération anatomique, ajoutée à l'observation clinique, nous fait admettre que, au moment de la chute, une violente contraction du muscle couturier a produit l'arrachement de l'épiphyse où siège son insertion supérieure, c'est-à-dire de l'épine iliaque antéro-supérieure.

53. — **Note sur un cas d'ostéome de l'extrémité inférieure du muscle grand adducteur** (*Province Médicale*, 23 août 1890).

Il y a quelques années, Billroth décrivait une variété d'ostéome siégeant à la partie supérieure des muscles adducteurs au voisinage de leur surface d'insertion. Nous avons eu l'occasion d'observer un ostéome développé au niveau de l'extrémité inférieure du tendon du

grand adducteur. Notre fait ne mérite peut-être pas vraisemblablement d'être classé avec ceux observés par Billroth et d'autres auteurs, cependant il offre cette analogie de représenter une tumeur osseuse développée sur le trajet d'un muscle. Pendant un exercice de médecine opératoire, en pratiquant l'exploration de la gouttière crurale, pour pour la ligature de la fémorale à l'anneau, nous sentîmes une tumeur dure, manifestement développée sur le trajet de la corde du tendon du grand adducteur. La région ne présentait pas de déformation apparente et, à l'œil, il eût été difficile de diagnostiquer la présence de cette tumeur sous la peau. La dissection nous montra la présence d'un ostéome (ostéome hétéroplastique de Billroth), développé dans l'épaisseur du grand adducteur, à trois travers de doigt au-dessus de l'insertion inférieure du tendon. Cette tumeur osseuse affectait la forme d'un fer de flèche triangulaire, à pointe inférieure ayant 4 cent. de côté environ.

L'examen histologique permit de reconnaître sa structure osseuse en même temps que son indépendance vis-à-vis du tissu tendineux et musculaire, qui prenaient insertion sur lui. Il s'agit, là, croyons-nous, d'un os sésamoïde ayant subi un accroissement anormal et non pas d'une ossification musculaire ; c'est bien plutôt une hétéropie osseuse qu'une transformation osseuse du muscle et de son tendon.

54. — **De la thérapeutique chirurgicale des déviations rachitiques des membres inférieurs chez l'enfant par l'ostéoclasie et l'ostéotomie combinées** (Communication au Congrès français de chirurgie, séance du 23 octotrobre 1897).

Le rachitisme est une affection très commune dans la région lyonnaise. Les conclusions que je formule ici reposent sur l'observation de plus de trois cents cas pour lesquels nous avons eu à intervenir. L'ensemble de ces faits représente la pratique de mon regretté maître Levrat, chirurgien de la Charité et ma pratique personnelle.

Les déformations du squelette du membre inférieur portent soit sur la cuisse, soit sur la jambe.

Les déformations de l'extrémité supérieure du fémur sont relativement rares et, le plus souvent bien tolérées. Beaucoup plus fréquents sont les vices de développement portant sur les deux tiers inférieurs du fémur et produisant l'incurvation soit antéro-postérieure, soit latérale de la diaphyse (genu varum, genu valgum). A ces cas nous avons appliqué l'ostéoclasie pratiquée à l'aide de l'appareil de Robin (de Lyon). Chez les enfants, la fracture restant sous-périostée, fracture du bois vert, ne s'accompagne pas du bruit caractéristique entendu

lorsqu'on ostéoclasie les adultes. Le redressement devra être immédiat et non tardif comme chez l'adulte. On n'observe pas, en effet, chez l'enfant, l'hydarthrose du genou se produisant à la suite du redressement immédiat chez l'adulte. Le membre restera immobilisé dans un appareil plâtré pendant trente jours environ. Au bout de ce temps,bains, massages, puis marche à l'aide de béquilles ; la marche libre ne sera permise que vers la fin du deuxième mois.

A la jambe, les altérations des différents points du squelette peuvent produire soit le genu valgum tibial, soit des incurvations latérales ou antéro-postérieures et même la torsion de la diaphyse, soit le valgus ou le varus du pied, lorsque les modifications d'accroissement intéressent les extrémités inférieures des os de la jambe.

A ces différentes déviations nous appliquons l'ostéotomie conéiorme pratiquée au point culminant de l'inflexion à l'aide du daviergouge d'Ollier et du ciseau de Mac-Ewen. Immobilisation pendant vingt-cinq à trente jours dans un appareil plâtré : la guérison survient sans qu'on ait à renouveler le pansement.

L'ostéotomie portera soit sur le tibia seul, le péroné se laissant redresser ou fracturer à la main, soit sur les deux os.

Nous préférons l'ostéoclasie pour la rectification du fémur, elle est beaucoup plus simple et donne, à la cuisse, des résultats parfaits.

Pour la jambe, nous préférons l'ostéotomie à cause de la présence des deux os. L'intervention, en pareil cas, peut être mieux précisée, mieux localisée, mieux graduée par l'ostéotomie.

L'emploi combiné de ces deux méthodes nous a donné d'excellents résultats au point de vue de l'esthétique et de la fonction.

55. **De la synovectomie et de l'arthrectomie dans les arthrites infectieuses du genou consécutives aux plaies pénétrantes de cette articulation** (*Province médicale* du 25 avril, 2 mai 1896).

56. **Observations personnelles et conclusions** (*In* Thèse de TALLET (Lyon, 1896 : De l'application de la synovectomie ou de l'arthrectomie au traitement de l'arthrite suppurée du genou).

Nous avons eu à traiter trois malades porteurs d'arthrite suppurée du genou, à la suite de plaies par instruments piquants.

Dans ces trois cas, dix à quinze jours après l'accident, malgré l'arthrotomie faite pour lutter contre la suppuration de l'article, il persistait des phénomènes généraux assez graves et un état local peu satisfaisant.

Chez notre premier malade, un enfant de 2 ans 1/2, à qui un chirurgien avait déjà fait l'arthrotomie, nous avons fait, vers le 15e jour après l'accident, la synovectomie du genou, incomplète d'ailleurs puisque nous avons ménagé les ligaments intra-articulaires. La synoviale enlevée était épaisse, infiltrée de foyers purulents. Après l'intervention la température, qui variait de 38°5 à 39°5, redevint rapidement normale et la réunion de la plaie fut très rapide. Au bout d'un mois et demi je mobilisai progressivement l'articulation. Au bout de cinq mois le petit malade pouvait courir, se mettre à genoux, étendre, fléchir la jambe opérée. C'est presque le retour « ad integrum. »

Cet enfant a été présenté au *Congrès de Chirurgie* de 1894.

Chez un autre malade, âgé de 45 ans, cultivateur, assez mal portant, je pratiquai dans les mêmes conditions et pour les mêmes raisons l'arthrectomie. Je cherchai et j'obtins une ankylose rapide en un mois et demi, qui permit au malade d'utiliser à son gré le membre opéré.

Chez un troisième malade, adolescent de 18 ans, qui refusa l'opération proposée, je me bornai à faire l'arthrotomie. Le résultat fut très inférieur aux précédents. Pendant trois mois le malade eut de la fièvre, du gonflement de la région péri-articulaire et de la suppuration de l'article. La cicatrisation, malgré les irrigations et pansements antiseptiques, fut très longue à obtenir. La synoviale et le tissu cellulaire péri-synovial, formant une véritable éponge purulente, n'arrivèrent que très lentement à « se purger » des éléments infectieux.

Le résultat fonctionnel fut relativement mauvais, ankylose partielle avec membre difficilement utilisable.

Aussi de l'étude de ces trois cas, je crois pouvoir tirer cette proposition :

Que dans le cas d'arthrite traumatique suppurée on peut faire d'abord l'arthrotomie, pour laisser passer la période aiguë. Si l'état local a peu de tendance à se modifier et entraîne la persistance de phénomènes généraux, quelquefois graves, on doit penser à supprimer le foyer pyohémique, c'est-à-dire la synoviale, par la synovectomie sans chercher, d'ailleurs, à la faire rigoureusement complète.

Le malade est-il un enfant, un adulte ? On donnera la préférence à la synovectomie et on aura la préoccupation de récupérer les mouvements de l'article opéré.

A-t-on affaire à un malade déjà âgé à qui on ne peut espérer conserver des mouvements ? On se résignera à l'ankylose et on la recherchera par l'arthrectomie qui donnera le résultat cherché sans produire de raccourcissement du membre opéré.

57. — **Traitement de la tuberculose du genou par les méthodes sanglantes combinées** (Compte rendu du Congrès de Chirurgie de 1894, p. 506).

Pendant le temps où nous avons eu l'honneur d'être appelé à suppléer nos excellents maîtres, MM. les professeurs Maurice Pollosson, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et Levrat, chirurgien de la Charité, nous avons eu à pratiquer 33 interventions sanglantes sur des genoux tuberculeux. Ce sont les résultats de cette pratique que nous avons exposés au Congrès de Chirurgie. Nous avons,à cette occasion. présenté un assez grand nombre de malades, neuf, pendant une séance présidée par M. le professeur Tillaux, qui a bien voulu examiner nos opérés. Nous renvoyons pour l'analyse de notre communication au résumé fait plus loin de notre dernier Mémoire paru sur le même sujet.

58. — **Un cas d'arthrectomie du genou chez un adolescent** (Société des Sciences Médicales du 9 janvier 1895, *Province Médicale*, 12 janvier 1895).

Nous avons présenté le malade qui, dans notre mémoire, fait le sujet de l'observation XX. Le résultat de notre intervention a paru excellent comme résultat fonctionnel et parfait comme cure radicale de la tuberculose locale.

59. — **Du traitement de la tuberculose du genou par les méthodes sanglantes et plus particulièrement par l'arthrectomie** (40 observations personnelles). (A paru, en mai et juin 1895, dans les *Archives Provinciales de Chirurgie*).

Ce mémoire n'est que le développement de la communication que nous avons eu l'honneur de faire au Congrès de Chirurgie de 1894. Nous y avons joint les pièces justificatives, c'est-à-dire les observations détaillées de nos malades avec un assez grand nombre de photographies.

C'est grâce à l'extrême bienveillance de nos excellents maîtres, MM. Maurice Pollosson, chirurgien de l'Hôtel-Dieu et Levrat, chirurgien de la Charité, que nous avons pu donner des soins à un aussi grand nombre de malades pendant les quelques années que nous avons passées auprès d'eux, soit en les suppléant, soit en les assistent.

Nous avons, en présence de 40 cas de tuberculose confirmée du genou, pratiqué :

20 arthrectomies chez des enfants;



Arthrectomie chez l'adulte datant de 5 ans.

4 arthrectomies chez des adolescents;

4 arthrectomies combinées à la résection intra-épiphysaire chez des adolescents;

3 arthrectomies chez des adultes ;
9 résections plus ou moins typiques chez des adultes.



Arthrectomie chez l'adolescent.

Cette énumération montre que nous n'avons pas de parti-pris, que nous ne sommes pas exclusifs dans le choix de l'intervention à

opposer à la tumeur blanche du genou ; nous avons cependant cherché à étendre les indications de l'arthrectomie en restreignant celles de la résection.

De nos opérés, deux réséqués sont morts de tuberculose pulmonaire, trois enfants arthrectomiés d'affection intercurrente ; ces décès n'ont rien à voir avec notre intervention.



Arthrectomie chez l'enfant.

Nous n'avons pas cru devoir rapporter les observations de nos sept réséqués survivants, elles n'auraient rien appris qu'on ne sache sur la résection. Disons seulement que cette opération nous a donné d'excellents résultats.

Nous n'avons perdu aucun opéré du fait de l'intervention ; les suites opératoires ont toujours été simples, sans complications, ni hémorrhagiques, ni septiques.

Dans notre travail, le manuel opératoire a été longuement décrit, nous croyons que de son exécution minutieuse dépendent l'absence de complications, la possibilité de la cure radicale de la tuberculose locale et la rapidité de l'obtention des résultats immédiats.



Arthrectomie chez l'enfant.

Résumons brièvement notre statistique suivant la classification par âge de nos opérés. L'élimination que nous avons faite de cinq décès et de sept cas de résection typique nous laisse vingt-huit malades à examiner.

Nous allons donner la résultante de nos observations, à propos de

chaque catégorie de malades en suivant les opérations pratiquées.

Chez trois adultes, nous avons fait l'arthrectomie pour des formes synoviales dans deux cas, pour une forme mixte dans l'autre. Les résultats obtenus sont excellents ; une intervention date de 5 ans.

Sur huit adolescents, quatre ont été arthrectomisés, dont un récemment. Les trois autres résultats sont les plus parfaits que nous ayons obtenus par l'arthrectomie, surtout au point de vue de la forme du genou et du résultat fonctionnel.

Dans les quatre autre cas de tuberculose du genou chez des adolescents, nous trouvant dans deux cas en présence de déformation de l'article fléchi, dans deux autres en présence de lésions osseuses superficielles en nappe, nous avons pratiqué l'arthrectomie d'abord, puis nous l'avons compliquée par la résection intra-épiphysaire plus ou moins étendue suivant les indications. Nous avons deux cas récents, nos deux autres malades ont de bons résultats, mais le raccourcissement fait qu'au point de vue fonctionnel ils sont inférieurs à ceux obtenus par l'arthrectomie.

En faisant marcher les malades parallèlement, cette constatation est facile.

Chez dix-sept enfants ayant subi l'arthrectomie (8 formes synoviales et 9 formes synoviales et osseuses), nous avons eu de bons résultats immédiats qui peuvent se résumer en : guérison de la tuberculose locale, ankylose rectiligne de l'article.

Mais l'absence de surveillance sur trois malades a laissé se produire de la flexion progressive à laquelle nous avons d'ailleurs remédié. Cette constatation nous fait jeter un cri d'alarme au sujet des résultats éloignés.

Surveiller les enfants arthrectomiés, ne pas les faire marcher trop tôt ni trop longtemps, renforcer l'ankylose par une genouillère rigide longtemps portée, telles sont les indications que nous avons tirées de notre pratique. Jusqu'à présent, pas de récidive : voilà un point important à noter.

Nous n'avons rien dit, dans notre mémoire, de l'état du membre opéré au point de vue du raccourcissement ultérieur ou du maintien du parallélisme avec le membre sain. C'est dans quelques années que nous aurons à faire, si cela nous est permis, cette constatation.

Comme conclusions générales de ce travail, nous dirons :

1° Que la tuberculose du genou est justiciable de plusieurs traitements. L'intervention sanglante nous paraît devoir être choisie de préférence aux autres, lorsqu'on se trouve en présence d'une tuberculose du genou confirmée chez un malade que sa situation sociale condamne au travail, c'est-à-dire au surmenage du membre opéré.

2° Le choix de l'intervention nous paraît devoir se faire entre l'arthrectomie simple ou combinée aux évidements osseux ou encore à la résection suivant l'état du squelette articulaire.

3° L'arthrectomie simple ou combinée aux évidements osseux nous paraît devoir être exclusivement employée chez les enfants.

4° Chez les adolescents, nous conseillons encore l'arthrectomie pour les formes synoviales, l'adjonction des évidements osseux si les lésions du squelette sont limitées. Si l'état du squelette l'exige, on pratiquera l'ablation de tranches osseuses, mais d'une façon absolument économique, pour enlever ce qui est malade sans aller à la recherche de lésions osseuses non apparentes.

5° Chez l'adulte, nous avons obtenu trois excellents résultats par l'arthrectomie opposée à des formes synoviales ou à foyers osseux limités; ces faits sont des documents mais insuffisants pour conclure. Dans cette catégorie de malades, la présence de lésions étendues du squelette obligera le chirurgien à avoir recours à la résection plus ou moins typique.

60. — **Nouvelle série d'interventions sanglantes pour tuberculose du genou** (29 observations personnelles. — 21 arthrectomies chez l'enfant. — 1 arthrectomie et 7 résections chez l'adulte). — (A paraître, *Archives Provinciales de Chirurgie*).

Depuis que j'ai publié, en 1895, mon mémoire sur le traitement de la tuberculose du genou par les méthodes sanglantes, j'ai opéré vingt-neuf nouveaux malades atteints de tuberculose du genou. J'ai continué à être éclectique dans le choix du traitement, c'est-à-dire à chercher à opposer à la forme de tuberculose l'intervention qui me paraissait devoir le mieux remplir les indications.

Je ne puis que confirmer mes premières conclusions. Aux formes d'ostéo-arthrite qui sont presque la règle chez l'adulte, je crois devoir donner la préférence à la résection. Je fais, cependant, une réserve pour certaines formes presque exclusivement synoviales ou s'accompagnant de lésions osseuses extrêmement limitées que l'on observe sinon chez les adultes du moins chez des adolescents de 20 à 25 ans. J'ai encore eu l'occasion de faire, dans ces conditions, une arthectomie chez un jeune homme de 21 ans et j'ai obtenu un excellent résultat. Il est rare, évidemment, que l'on trouve chez l'adulte ou l'adolescent les indications de l'arthrectomie, puisque je n'ai eu l'occasion de la faire que six fois, alors que j'ai pratiqué quatorze résections.

Je crois qu'à côté de la résection typique qui convient à l'ostéo-arthrite, vraie, confirmée, présentant des altérations synoviales et osseuses, il y a place pour des opérations plus économiques : résections atypiques intra- épiphysaires d'Ollier, résection minima d'une tranche osseuse, évidements osseux, arthrectomie. A des cas spéciaux correspondent ces interventions, graduées en quelque sorte.

J'ai eu, pendant mon passage au service de chirurgie des enfants, à la Charité, l'occasion de faire vingt-une nouvelles arthrectomies chez des enfants de 3 ans à 14 ans. Ces opérations ayant été pratiquées d'octobre 1896 à avril 1897, je n'ai pas encore cru devoir les publier, j'attends de contrôler le résultat.

Ce que j'ai observé chez ces nouveaux malades me permet cependant de confirmer les espérances que j'avais formulées à la suite de mes premières observations. J'ai revu, en outre, plusieurs de mes anciens malades, les résultats continuent à être excellents.

Je n'ai observé que deux récidives sans gravité chez les enfants arthrectomiés de ma première série, il se peut qu'il en existe d'autres qui ne m'ont pas été soumises, malgré toutes les recommandations faites aux parents et la facilité des soins qui leur est accordée. Parmi les vingt-et-un malades de la seconde série, dix que j'ai examinés vont très bien, il y en a deux qui sont revenus à la Charité avec de petits trajets fistuleux, un autre a eu une récidive qui a nécessité de nouveaux évidements et cautérisations ; les autres n'ayant pas réclamé de nouveaux soins doivent aller bien selon toute probabilité.

La cure de la tuberculose locale peut s'obtenir vite et très bien par l'arthrectomie.

L'ankylose est parfois assez tardive ; elle reste assez longtemps fibro-cartilagineuse et, pendant ce temps, le membre opéré doit être ménagé.

Je signale toujours la même complication dont je cherche à avoir raison ; je veux parler de la flexion légère qui se produit après l'intervention, surtout si l'on permet l'utilisation précoce du membre opéré.

J'ai fait des redressements après ténotomie, et je me propose de suivre un conseil que m'adresse M. le professeur Ollier à qui j'ai soumis quelques-uns de mes cas, celui de faire porter, pendant la première année au moins, un tuteur prenant un point d'appui sur l'ischion pour éviter le surmenage de l'ankylose fémoro-tibiale. La conclusion générale sera que je considère l'arthrectomie comme

une bonne méthode thérapeutique à opposer à la tuberculose du genou chez l'enfant, et ce que j'ai vu à la Charité de Lyon me paraît comparable aux excellents résultats obtenus par M. le professeur Lannelongue et M. Mauclaire dans le service des Enfants malades à Paris.

69.118 — Imp. A. Waltener — P. Legendre et Cie, Suc. — Lyon.